FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°



POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 11 avril 1905, à 1 heure

COINCIDENCE DES FIBROMES AVEC LE CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

PAR

A. COMBRIS

Né le 11 octobre 1879, St-Amant-Roche-Savine, (Puy-de-Dôme)

Président : M. S. POZZI — *Professeurs*

Juges MM. GUYON, BERGER — *Professeurs*

SCHWARTZ — *Agrégé*

PARIS

G. JACQUES, Éditeur

14, Rue Hautefeuille, 14

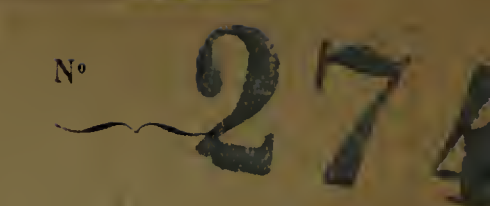
1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°



POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 11 avril 1905, à 1 heure

COINCIDENCE DES FIBROMES AVEC LE CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

PAR

A. COMBRIS

Né le 11 octobre 1879, St-Amant-Roche-Savine, (Puy-de-Dôme)

Président : M. S. POZZI — *Professeurs*

Juges : MM. GUYON, BERGER — *Professeurs*; SCHWARTZ — *Agrégé*

PARIS

G. JACQUES, Éditeur

14, Rue Hautefeuille, 14

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

TÉMOIGNAGE DE MON AFFECTION ET DE MA RECONNAISSANCE

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR S. POZZI

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

COINCIDENCE DES FIBROMES
AVEC LE CANCER
DU CORPS DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

L'association des fibromyomes de l'utérus et du cancer du même organe est un sujet d'un intérêt et d'une importance considérables.

Jusqu'à ces dernières années, non seulement on regardait cette coïncidence rare, mais on croyait que la présence d'un fibrome empêchait le développement du cancer.

Aujourd'hui certains observateurs tendent à admettre que les fibromes prédisposent aux tumeurs malignes et que par conséquent ils doivent être enlevés sans aucune exception, comme si leur présence même ne s'accompagnant d'aucun symptôme était une menace perpétuelle pour la bonne santé du sujet.

Il est donc intéressant de rechercher s'il existe réellement une relation entre les deux néoplasmes.

Nous diviserons notre travail en quatre chapitres.

Dans le chapitre I nous étudions la dégénérescence sarcomateuse et épithéliale des fibromes.

Le chapitre II traite de l'action du fibrome sur le cancer.

Les symptômes cliniques de la coïncidence du fibrome et du cancer du corps de l'utérus et le diagnostic différentiel sont exposés dans le chapitre III.

Le dernier chapitre est consacré au traitement.

Arrivé à la fin de nos études nous avons à cœur d'adresser l'expression de notre reconnaissance à tous nos maîtres des

hôpitaux de Paris ; que M. le professeur Reclus, MM. les docteurs Huchard, Lepage, Mauclaire soient assurés de notre profonde gratitude.

M. le professeur Pozzi nous a inspiré le sujet de ce travail et il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; qu'il nous permette de lui exprimer nos sentiments de vive reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Dégénérescence sarcomateuse

La dégénérescence sarcomateuse des fibromes est universellement admise, elle n'est pas douteuse ; mais quand il s'agit de fixer la fréquence de cette dégénérescence les auteurs sont en désaccord.

Pilliet et Coste ont relevé 9 cas sur 14 fibromes (donc proportion de 64 %).

Bérard rapporte 8 cas sur 16 fibromes.

Von Franqué, d'après la statistique de la clinique de Wurzbourg donne une proportion de 3 à 4 %.

Cullingworth a rencontré un cas de dégénérescence myxo-sarcomateuse sur 300 exemples de fibromes.

Noble a trouvé deux cas seulement sur 258 fibromes.

Haultain n'en a observé qu'un exemple incontestable sur 400 cas ; et en consultant les statistiques du professeur Simpson il ne s'en rencontrait aucun exemple dans les 300 derniers cas de fibromes.

Jacobs rapporte 1 cas sur 57 fibromes.

Lauwers trouve sur 200 fibromes 3 cas de dégénérescence sarcomateuse.

Dans les statistiques en masse de la thèse de Saking, la dégénérescence sarcomateuse ne s'est montrée que dans 4 cas sur 1.250 fibromes.

M. le professeur Pozzi n'a rencontré que 2 cas de transformation sarcomateuse.

Paviot et Bérard (1) n'admettent point la dégénérescence

(1) *Paviot et Berard*. Du cancer musculaire lisse en général et de celui de l'utérus en particulier. *Arch. méd. expérim.*, 1897.

sarcomateuse des fibromes, d'après ces auteurs les éléments conjonctifs embryonnaires qui caractérisent cette dégénérescence proviendrait de la prolifération rapide des fibres musculaires, ils représenteraient le stade embryonnaire de la fibre musculaire.

Pilliet et Costes admettent une origine vasculaire.

Dans la majorité des cas il faut admettre que les cellules sarcomateuses proviennent du stroma du tissu conjonctif.

SYMPTOMES DE LA DÉGÉNÉRESCENCE SARCOMATEUSE

Si après la ménopause, un fibrome qui avait déjà été diagnostiqué augmente de volume, s'il existe de la douleur et de la perte des forces, le diagnostic de dégénérescence sarcomateuse est presque certain.

Le plus souvent la dégénérescence sarcomateuse se rencontre après ou aux alentours de la ménopause.

La malade déjà porteuse d'un fibrome, s'aperçoit que la tumeur augmente rapidement de volume.

Cet accroissement est en général très rapide et en quelques mois, la tumeur fibromateuse a doublé et triplé de volume.

En même temps les douleurs abdominales apparaissent, ce dernier symptôme est considéré comme un phénomène constant.

Fréquemment, il se produit aussi des hémorrhagies et des écoulements, plus ou moins fétides.

Les irrégularités, les bosselures de la tumeur s'accentuent pendant que certaines parties se ramollissent et que d'autres restent dures.

A la palpation abdominale, si la paroi est mince, on peut facilement reconnaître ces changements de consistance. A mesure que le néoplasme s'accroît les douleurs augmentent d'intensité, et les phénomènes de compression ne tardent pas à apparaître, la gêne de la circulation dans les veines iliaques amène de l'œdème des membres inférieurs.

L'hystérométrie indique que les dimensions de la cavité utérine sont encore plus grandes que dans les cas de simple fibrome.

La tumeur contracte rapidement des adhérences avec les organes voisins, des noyaux sarcomateux secondaires se développent dans d'autres organes et la malade devient rapidement cachectique.

A l'œil nu ce qui permet de différencier un sarcome ayant pris naissance dans un fibrome c'est l'encapsulement de la tumeur : le sarcome primitif au contraire ne forme jamais une tumeur encapsulée.

Parfois, sous l'influence d'une inflammation, des hémorrhagies interstitielles peuvent se produire dans un corps fibreux qui devient alors douloureux ; on pourrait croire à une dégénérescence sarcomateuse, mais l'accroissement rapide du volume de la tumeur fait défaut.

DÉGÉNÉRESCENCE ÉPITHÉLIALE

Les anciens croyaient que quand les fibromes se ramollissaient, s'ulcéraient, ils subissaient la transformation carcinomateuse.

Morgagni et Van Swieten partagent cette opinion.

Bayle différencie le cancer du fibrome.

Cruveilhier n'admet point la transformation cancéreuse des fibromes, il prétend que lors même que l'utérus tout entier subirait la transformation cancéreuse, les corps fibreux resteraient inaltérables.

Virchow déclare que la dégénérescence carcinomateuse du fibrome est possible.

Rœhrig, Liebmann, Ehrendorfer émettent la même idée.

De nos jours Cornil, Ranvier, Pozzi, Delbet en France, Robert Lee, Valter en Angleterre n'admettent point cette transformation.

Elle paraît histologiquement impossible, car les fibromes, qui sont formés de tissu conjonctif et musculaire ne peuvent

donner naissance à des éléments épithéliaux et les épithéliomas ne peuvent naître qu'aux dépens d'épithéliums.

Le fibrome peut cependant être envahi secondairement par le cancer, en effet, un cancer né de la muqueuse se propage au parenchyme et gagnant de proche en proche, finit par envahir le corps fibreux ou bien il est possible qu'une embolie cancéreuse arrive dans le fibrome, soit par voie lymphatique, soit par voie sanguine.

On trouve aussi dans l'intérieur des fibromes kystiques des débris glandulaires qui peuvent donner naissance à des épithéliomas, Legueu et Marien en ont observé un cas indiscutable.

D'autres auteurs croient que ce sont des débris Wolfiens qui sont le point de départ du carcinome.

Il nous semble donc démontré qu'un corps fibreux de l'utérus peut se laisser envahir par un cancer de la muqueuse utérine ou par un cancer de voisinage.

(1) Legueu et Marien. Des éléments glandulaires dans le fibrome de l'utérus Ann. de Gynéc. et Obst. 1897 p. 134,

---

CHAPITRE II

Le fibrome exerce-t-il une action sur le développement du cancer ?

Dans la majorité des cas, le fibrome existe depuis un certain temps lorsque l'épithélioma apparaît.

Y a-t-il dans ce fait une relation, un enchaînement, ou est-ce une pure coïncidence, un simple effet du hasard ; la présence du fibrome joue-t-elle un rôle dans la dégénérescence de la muqueuse utérine ?

Les avis sont partagés à ce sujet : certains auteurs admettent une relation, d'autres, au contraire, ne voient qu'une simple coïncidence.

Les auteurs qui voient une relation dans cette coexistence de néoplasmes, invoquent tous le même mécanisme pour expliquer le rôle du fibrome sur le développement de l'épithélioma.

Le corps fibreux, qu'il soit sous-muqueux ou interstitiel, exerce une action toujours identique, il détermine des troubles circulatoires qui se traduisent par une congestion intense de la muqueuse utérine. Cette hypervascularisation permanente ne tarde pas à produire des modifications histologiques, les glandes augmentent de volume, le tissu conjonctif irrité prolifère, il s'établit une endométrite glandulaire qui passe à l'état chronique.

La multiplication glandulaire est d'abord normale, c'est l'adénome typique, puis elle devient anormale, c'est l'adénome atypique et l'épithélioma est constitué.

Simpson avait déclaré que le corps fibreux amène à distance une irritation qui aboutit à la dégénérescence épithéliomateuse.

Shrœder soutenait que le fibromyome entretient une inflammation chronique du côté de la muqueuse et que la prolifération glandulaire peut aboutir à l'épithélioma, l'adénome bénin se transformerait en adénome malin. Wahrendorf, Ehrendorfer admettent cette même idée.

Jacobs admet que la coexistence de deux néoplasmes est fréquente surtout au voisinage de la ménopause et que la tumeur fibreuse prédispose l'utérus à la dégénérescence maligne.

Haultain dit que la tumeur maligne du corps de l'utérus est plus portée à se développer dans un utérus qui est le siège de fibromes. Sur neuf cas d'adéno-carcinomes qu'il a opérés, trois étaient associés à des fibromes.

De même Berger (1) : « On note souvent à l'origine de beaucoup de tumeurs cancéreuses des causes d'irritation dues à des traumatismes souvent répétés d'une lésion ancienne arrêtée dans son évolution et servant d'épine autour de laquelle naît et se développe la tumeur maligne ».

A cette cause M. Richelot en ajoute une autre qu'il croit non moins importante : l'hérédité néoplasique.

Pour cet auteur, il existe une aptitude de l'organisme à créer des néoplasmes, ce terrain favorable au développement des tumeurs, c'est l'arthritisme.

« On hérite d'une disposition à faire des tumeurs en général ».

L'influence de l'hérédité, si elle existe, est loin d'avoir l'importance qu'y attache cet auteur ; elle semble, au contraire, jouer un rôle très peu considérable.

Si l'action du fibrome sur la dégénérescence de la muqueuse utérine était aussi importante que le soutiennent ces divers auteurs, la transformation cancéreuse du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale devrait être très fréquente, car les troubles circulatoires provoqués par le corps fibreux existent également au niveau du col. Il n'en est rien, et la majorité des opérateurs considèrent cette complication comme une rareté.

(1) Société de Chirurgie, séance du 4 mai 1895.

M. le professeur Pozzi (Bulletin de la Société de chirurgie 1903 séance du 9 décembre) s'exprime en ces termes :

« L'envahissement par un cancer du ségment du col laissé en place dans l'hystérectomie subtotale est-il sérieusement à craindre ? d'après les faits, je réponds négativement, appuyé sur la grande rareté des complications de ce genre.

Y-a-t-il un véritable danger pour une femme qui a encore ou qui a eu un corps fibreux de voir se développer consécutivement un cancer du col de l'utérus ? Non ».

Haultain (Obstetrical transaction Edimbourg 1903-04) déclare que sur 100 cas de fibromes qu'il a opérés il n'a jamais vu la dégénérescence maligne du moignon.

Il nous est donc impossible d'admettre qu'il existe une relation étroite entre le fibrome et le cancer.

La présence du corps fibreux peut provoquer une endométrite glandulaire hypertrophique, mais rien ne prouve que cette métrite glandulaire aboutira à l'épithélioma. Le fibrome ne provoque pas le cancer.

En aucun cas on ne peut prétendre que la crainte de voir apparaître une tumeur maligne est une raison suffisante pour intervenir dans le cas de fibrome.

Les tumeurs fibreuses qui ne donnent naissance à aucun symptôme, ni par leur volume, ni par leur siège, doivent être considérées comme de simples productions ne menaçant en aucune façon la vie de la malade.

Lorsque des symptômes inquiétants (hémorrhagies, compression) apparaîtront on sera autorisé à intervenir.

L'opération ne doit s'adresser qu'aux accidents provoqués par le corps fibreux.

Comme la dégénérescence cancéreuse du moignon cervical est une rareté, on devra donner les préférences à l'hystérectomie abdominale subtotale car elle est plus rapide, plus facile et plus bénigne que la totale.

D'autres causes paraissent favoriser l'apparition du cancer utérin chez une femme qui a déjà un utérus fibromateux.

L'âge a une certaine influence. Le cancer du corps ne se

rencontre que chez les femmes qui sont au voisinage de la ménopause « cancer de la ménopause » c'est entre 55 et 65 ans qu'il est le plus fréquemment observé ; le cancer du col au contraire apparaît à un âge moins avancé, son maximum de fréquence s'observe entre 45 et 50 ans.

La vie génitale paraît aussi jouer un certain rôle : les nullipares sont beaucoup plus exposées au cancer du corps qu'à celui du col. Les grossesses ont une influence à peu près certaine sur l'apparition de l'épithélioma du col. Au moment de l'accouchement, le col est déchiré et les cicatrices qui en résultent sont considérées comme ayant des tendances à devenir le point de départ d'épithéliomas.

Tous les auteurs admettent la coexistence sur un même utérus d'un fibrome et d'un cancer, le désaccord apparaît quand il s'agit d'en reconnaître la fréquence, les uns la pensent rare, les autres assez commune.

Les statistiques étrangères accusent un chiffre assez élevé.

Lauwers sur 156 cas de fibromes de l'utérus a trouvé 2 fois le cancer du corps. — Noble sur 218, 3. — Olshausen relate 6 cancers du corps sur 196 fibromes. — Cullingworth sur 100 fibromes n'a trouvé aucun cas de cancer. — Jacobs sur 156 fibromes a observé 2 fois le cancer du corps. — Martin sur 200 cas de fibromes de l'utérus a rencontré 2 fois le cancer du corps. — Le Bec sur 57 cas, 1 fois. — Duret sur 250 cas indique 3 fois le cancer du corps. — Le professeur Terrier n'a opéré qu'une seule fois un utérus à la fois fibromyomateux et cancéreux sur 75 cas. — Bouilly sur 109 cas de fibromes a observé 2 fois le cancer du corps.

Si l'on voulait tirer une conclusion de ces statistiques, il faudrait admettre que la fréquence de la coexistence du fibrome avec le cancer du corps de l'utérus est de 1/4 pour 100.

Ce chiffre nous paraît exagéré et nous croyons que la proportion de 1 p. 300 donnée par Haultain se rapproche de la réalité des faits.

CHAPITRE III

Symptômes du cancer du corps compliquant le fibrome utérin

La plupart du temps, la femme qui se présente atteinte de cette double néoplasie, n'a aucun passé génital pathologique. C'est, en général, aux alentours de la ménopause que se manifestent les premiers symptômes.

Un des symptômes du début est l'hémorrhagie ; parfois, si la femme est encore réglée, la période de la menstruation dure plus longtemps, ce sont des ménorrhagies ; tantôt, au contraire, ce sont des métrorrhagies.

Si au contraire la malade a déjà passé la ménopause, elle croit que ses époques menstruelles sont revenues.

Il y a un fait à peu près certain, c'est que le fibrome est préexistant, et c'est le néoplasme malin qui vient se greffer à côté de lui.

On ne peut préciser à quel moment de l'évolution du néoplasme surviennent les hémorrhagies. Cette perte de sang arrive subitement sans que rien puisse la faire prévoir, elle peut être abondante ou légère, intermittente, disparaissant pendant quelque temps, pour reparaître dans la suite. Ces pertes de sang déterminent rapidement chez la malade une anémie prononcée.

Elles résistent aux traitements médicaux, et ne sont que peu modifiées par le curettage. L'hémorrhagie est un symptôme constant et elle fait rarement défaut.

Douleur. — Quelquefois les douleurs et les hémorrhagies se montrent en même temps, mais le plus souvent la douleur n'apparaît qu'à une période plus avancée.

Ce sont des douleurs spontanées, continues, peu modifiées par le repos, siégeant dans la région utérine et s'irradiant

vers les lombes, les cuisses, etc., d'autrefois elles ne possèdent pas une localisation bien fixe.

On a décrit « une forme paroxystique intermittente » ces douleurs paroxystiques intermittentes seraient d'une extrême violence et reviendraient à des heures plus ou moins fixes, mais ces crises ne paraissent pas avoir toute l'importance qu'on leur a attribuées, car elles ont été signalées dans d'autres affections utérines.

Écoulement. — Le sang ne tarde pas à se mélanger à des secrétions qui donnent à l'écoulement une couleur roussâtre.

Mlle Contrarido, dans sa thèse, avait insisté sur l'hydrorrhée du début comme un signe précoce, mais cette forme de début est rare. Cet écoulement ichoreux, fétide, irritant, peut parfois ne survenir que dans l'intervalle des hémorrhagies.

L'examen de l'état général ne peut guère servir à établir un diagnostic précoce, car dans le cancer du corps la cachexie est tardive. Ce que l'on observe, c'est une anémie considérable provoquée par des hémorrhagies continues.

Si la paroi abdmominale est dépressible, on arrive à sentir la tumeur formée par le fibrome.

Le palper et le toucher combinés donnent des renseignements de la plus haute importance ; ils permettent de constater l'augmentation de volume de l'utérus, dont les parois sont épaissies et présentent des bosselures, des inégalités. S'il existe des noyaux fibromateux sous-péritonéaux, on peut arriver à les sentir à travers les culs-de-sac vaginaux. L'hypertrophie de l'utérus est quelquefois peu considérable, parfois au contraire l'utérus représente une grossesse de 5 mois.

La consistance du corps est très variable, elle peut avoir une certaine mollesse ou au contraire être très dure.

Par le palper et le toucher combinés, on arrive aussi à noter la mobilité du corps de l'utérus et à diagnostiquer ainsi la plus ou moins grande extension du néoplasme. Il ne faut pas oublier que le cancer du corps reste longtemps enfermé dans la cavité utérine et a peu de tendance à envahir les organes voisins,

Au spéculum, dans le plus grand nombre des cas, on constate un col sain et de volume normal.

L'hystérométrie donne des renseignements précieux, mais doit être pratiquée avec beaucoup de soins, car la paroi utérine au niveau de la localisation du cancer est en général très friable, et la perforation se produirait très facilement.

Elle indique toujours un agrandissement de la cavité utérine.

Le toucher intra utérin fait avec précaution, n'offre pas de danger et permet souvent de porter un diagnostic certain.

La dilatation est obtenue lentement avec les tiges de laminaire ou extemporanément avec les bougies de Hegar, ou les différents dilatateurs.

Après avoir pris toutes les précautions aseptiques d'usage on introduit l'index dans la cavité utérine, on peut sentir des bourgeons carcinomateux, ou bien le doigt peut ramener des fragments qui seront examinés au microscope.

On a proposé d'autres moyens pour arriver au diagnostic. Cogrel a décrit l'hystéroscopie, mais ce moyen ne paraît pas avoir beaucoup de succès.

Boisseau de Roche prétend que lorsqu'il s'agit de cancer, l'hémorrhagie utérine ne cède pas au traitement par l'oxychlorure d'argent électrolytique, que le muscle utérin ne répond plus à l'excitation électrique, et que la tige d'argent n'adhère plus à la muqueuse.

Le curage explorateur est le procédé que l'on devra employer lorsqu'on ne sera pas certain du diagnostic.

Diagnostic. — Alors que le diagnostic d'un épithélioma du col compliquant un fibrome du corps est relativement facile, lorsque les fibromes de l'utérus sont accompagnés d'un cancer du corps de l'organe le diagnostic dans ce cas devient difficile et parfois même impossible.

Le plus souvent on fait le diagnostic de fibrome et ce n'est qu'après l'ablation que l'on s'aperçoit qu'il y a en même temps un cancer du corps.

Cependant, quand au voisinage de la ménopause, un fibrome diagnostiqué s'accompagne d'hémorrhagies avec crises doulou-

reuses, et qu'il se fait un écoulement plus ou moins louche, il faut penser à la coexistence d'une dégénérescence maligne de la muqueuse utérine.

Les hémorrhagies continues, les pertes fétides, l'amaigrissement ne sont pas le fait d'un fibrome, mais si on peut soupçonner le caractère malin de la tumeur, il est très difficile de dire s'il s'agit d'une transformation sarcomateuse, ou s'il y a adjonction d'un carcinome.

Cependant, la transformation sarcomateuse d'un fibrome peut s'effectuer à un âge relativement peu avancé, alors que le cancer du corps ne se développe guère qu'entre 55 et 65 ans.

De plus, la dégénérescence sarcomateuse du fibrome s'accompagne généralement d'un accroissement rapide du volume de la tumeur qui devient en même temps douloureuse.

Quelquefois il est difficile de distinguer la métrite chronique hémorrhagique qui survient chez des femmes qui sont arrivées près de la ménopause ou qui l'ont dépassée, les hémorrhagies qui se produisent ne sont pas sous la dépendance de fibromes, mais sont dues à une sclérose péri-vasculaire.

Souvent aussi, les polypes muqueux du corps de l'utérus compliquant des fibromes silencieux, donnent lieu à des écoulements qui peuvent ressembler aux pertes occasionnées par le cancer.

Dans ces cas, il n'y a qu'un seul moyen d'établir un diagnostic ferme : c'est l'examen biopsique.

Pronostic. — Comme dans tout cancer, la mort arrive rapidement et la présence du fibrome paraît activer l'évolution de l'épithélioma ; de plus, le pronostic est aggravé par ce fait que la malade se trouve déjà profondément anémiée par les hémorrhagies provoquées par le corps fibreux.

La récidive est presque la règle. Cependant, avec des interventions précoces, et des exérèses complètes, l'absence de récidive peut persister pendant plusieurs années et parfois la guérison peut être définitive.

CHAPITRE IV

Traitement

Le traitement chirurgical est le seul moyen qui existe pour lutter avec succès contre cette double néoplasie.

Il est parfois possible par une intervention précoce d'obtenir la guérison complète des malades.

Les résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer du corps de l'utérus sont beaucoup plus favorables que ceux du cancer du col.

Emploiera-t-on la voie vaginale ou la voie abdominale ? L'hystérectomie abdominale tend de plus en plus à se substituer à l'hystérectomie vaginale.

La voie abdominale possède en effet tous les avantages de la voie vaginale sans posséder les inconvénients de cette dernière.

L'hystérectomie vaginale est contre indiquée dans beaucoup de cas.

1° L'hystérectomie vaginale ne peut être pratiquée quand l'utérus n'est pas abaissable par suite de son immobilisation par des adhérences.

2° La tumeur peut être très volumineuse et si le morcellement est nécessaire on risque d'infecter le péritoine.

3° Le vagin peut être rétréci et rendre l'opération très difficile.

4° Il ne faut pas oublier que le tissu utérin est très friable dans toute l'étendue de l'organe, de là la facilité avec laquelle peuvent se produire des déchirures.

Il peut y avoir enfin des adhérences intestinales qui rendent l'hystérectomie vaginale presque impossible.

L'hystérectomie abdominale totale sera donc le procédé de choix, mais pour avoir le droit de la pratiquer il faut que le néoplasme n'ait pas franchi les limites de l'utérus, et comme le cancer du corps utérin a peu de tendance à envahir les organes voisins il restera longtemps opérable.

L'hystérectomie abdominale offre des avantages de la plus haute importance, on opère beaucoup plus au jour que par les voies naturelles, en outre elle permet de constater l'état des ligaments larges et des annexes, et facilite une exérèse plus large.

Les annexes seront enlevées en même temps que l'utérus afin d'éviter une dégénérescence possible.

Si le cancer a envahi les ligaments larges ou le vagin, l'hystérectomie totale n'est plus indiquée, les opérations palliatives sont les seules auxquelles on doive avoir recours.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

Obs. I. — (Duret 1898)

Fibromes multiples et cancer du corps de l'utérus. — Hystérectomie abdominale totale. — Mort (1).

Femme multipare, 65 ans, dont le passé pathologique n'a pu être connu de nous dans tous ses détails. Ce qui est certain pourtant c'est que depuis de longues années, elle était atteinte de métrorragies, et depuis un an, il s'y est ajouté un écoulement continu d'une extrême fétidité.

En même temps, son état général était devenu fort grave elle était absolument cachectique quand elle vint consulter M. Duret, qui songeant à un fibrome dégénéré, lui proposa et pratiqua l'hystérectomie abdominale.

Le ventre ouvert, la malade étant placée dans la position inclinée, le fond de l'utérus apparaît immédiatement, remontant à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. La surface est congestionnée, d'un gris sale par places ; une pince placée sur la paroi antérieure la déchire à la moindre traction, et ouvre la cavité d'où s'échappe une sanie grisâtre fétide. La vessie est soulevée par un fibrome gros comme une orange. Malgré quelques difficultés, l'hystérectomie totale est pratiquée sans suture consécutive du vagin. La malade ne s'est pas relevée du schock opératoire et a succombé le deuxième jour.

Examen des pièces. L'Utérus gros à peu près comme les deux poings présente sur sa partie antérieure au niveau de la moitié inférieure du corps, une saillie arrondie, du volume d'une orange d'une consistance fibromateuse. Les deux cornes utérines sont également hypertrophiées, mais leur consistance est plus molle. A la surface de l'organe on trouve quelques petits fibromes sous-séreux.

Une section longitudinale de la paroi postérieure montre un

(1) *Camelot*, Sem. gynéc., 1898 — et Thèse Verstraele, page 117.

épaississement considérable, qui atteint 3 centimètres et demi vers le fond de l'utérus.

Sur la face muqueuse de la paroi antérieure, immédiatement au-dessus de l'isthme, fait saillie le gros fibrome qu'on apercevait au-dessus de la vessie. Sur cette même paroi, mais près du fond, on trouve 3 fibromes pédiculés, sous-muqueux, gros comme une petite noix. Mais ce qui est particulièrement intéressant, c'est l'existence au fond de la cavité utérine de productions villeuses, saillantes, de nature manifestement cancéreuse. C'est cette dégénérescence de la muqueuse qui ayant gagné les parois de l'organe, leur donne l'épaisseur que nous avons signalée. Elle a envahi principalement la paroi postérieure ; la paroi antérieure, presque entièrement occupée par les fibromes est respectée sauf dans son tiers supérieur.

La muqueuse qui recouvre le gros fibrome est épaissie, tomenteuse enflammée, mais non cancéreuse. Au contraire sur l'un des petits fibromes sous-muqueux, elle a subi la transformation épithéliomateuse au même degré que la muqueuse qui l'entoure.

Au lieu de s'infiltrer dans la profondeur, la dégénérescence reste bien limitée à la muqueuse et respecte le noyau fibromateux dont la coque est nette et qui reste facilement énucléable. De même on trouve au sein de la grosse masse cancéreuse deux noyaux fibreux dont le diamètre atteint 1 centimètre et demi ; ils tranchent nettement encore sur le tissu ramolli et grisâtre du cancer qui les a respectés.

Le col utérin est absolument sain.

Obs. II. — (Pothcrat)

Fibrome et cancer du corps de l'utérus (1).

La malade âgée de 55 ans avait vu, il y a deux ans, apparaître des écoulements de sang et d'eau parfois fétides, souvent abondants. En ces derniers temps, elle en vint même à perdre un liquide puriforme. Au toucher vaginal, on sentait un utérus gros, avec une masse dure dans sa paroi antérieure.

La cavité utérine très agrandie (hystérométrie = 13) était en partie occupée par un polype arrondi dur. Je fis donc le diagnostic

(1) *Bull. de la Société de Chir.*, séance du 1er avril 1903.

de fibromes utérins interstitiels et de polype fibreux intra utérin et je décidai de pratiquer l'hystérectomie vaginale.

En procédant au curettage préalable, je fus un peu surpris de trouver en abondance une matière blanche, grenue, friable, absolument analogue à la matière qu'on enlève à la curette dans l'épaisseur d'un col atteint d'épithelioma infiltrant.

L'hystérectomie effectuée, la pièce me montra outre le polype fibreux et les fibromes interstitiels ou sous-péritonéaux, la présence sur la paroi postéro-latérale droite de l'utérus, d'un cancer des dimensions d'une pièce de 5 francs et même plus, cancer ayant atteint toute l'épaisseur de la paroi utérine jusqu'au péritoine exclusivement et limité par des bords relevés durs et nets. Il s'agit d'un cancer du corps.

L'opération n'a rien présenté de particulier.

Obs. III. — (Auguste Pollosson et Violet).

Fibromyome avec dégénérescence néoplasique de la muqueuse utérine. — Hystérectomie abdominale.

Femme de 58 ans, célibataire et vierge, ayant vu survenir depuis trois ou quatre mois, trois ans après sa ménopause, des pertes de sang de plus en plus abondantes, et quelques pertes fétides. peu de douleurs. T. 37°5 à 38°. A cause de ces pertes, survenues itérativement, le diagnostic d'épithelioma développé sur un utérus fibromateux fut soupçonné et M. le Prof. Pollosson décida une hystérectomie totale. Les suites furent simples. La malade n'a jamais eu plus de 38.

L'utérus était bourré de fibro-myomes interstitiels et sous-péritonéaux. Il existe, en même temps que les myomes utérins, un adéno-carcinome du fond utérin.

Au premier abord, cette masse champignonneuse implantée sur la cavité utérine, agrandie sur la largeur d'une paume de main, paraît être un fibrome sous-muqueux sphacélé ou un polype sous-muqueux, sur lequel se serait greffé une néoplasie maligne. L'examen histologique est venu montrer qu'il s'agissait uniquement d'un épithélioma.

(1) *Lyon médical*, 1904, page 1064.

Obs. IV. — (Walther).

Cancer et fibrome (1).

Femme de 68 ans, présentant des hémorragies depuis un an, mais aucun écoulement séreux ou muqueux.

Hystérectomie abdominale totale.

L'Utérus est atteint de fibromes multiples, les uns interstitiels de moyen volume, les autres sous-péritonéaux beaucoup plus gros. Le col est très petit, atrophié. L'ulcération cancéreuse, sèche sans aucune secrétion, à bourgeons petits et durs, s'étend sur une hauteur de 5 à 6 centimètres environ dans la cavité du col et du corps très déformés et agrandis par plusieurs fibromes sous-muqueux.

Obs. V. — (Delobel).

Adeno-carcinome du corps de l'utérus. — Hystérectomie abdominale. — Mort au 11e jour (1).

Léonie L..., âgée de 51 ans, célibataire, entre le 8 janvier à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le Professeur Duret, salle St-Jean, n° 3. Depuis deux ans cette malade est atteinte de leucorrhée abondante et continuelle ; jusqu'à ces temps derniers cet écoulement était à peine coloré et ne présentait pas d'odeur, à peine mélangé à plusieurs reprises de quelques stries sanglantes.

Depuis 6 mois environ, cet écoulement sans varier comme abondance a changé de caractère, il est devenu plus épais, jaunâtre, dégageant une odeur très fétide.

Depuis la même époque également sont apparues des douleurs dans le bas-ventre.

Ces douleurs sont passagères, surviennent par crises qui durent vingt à trente minutes et se reproduisent plusieurs fois dans la journée Elles s'irradient à la région lombaire et à la face interne des cuisses en présentant par moment des exacerbations très marquées. Absence complète d'écoulement sanguin. Pas de troubles

(1) *Bull. Société de Chir.*, 1902, page 55.

(1) Delobel. Journal des sciences médicales de Lille, 1901, p. 86.

de la miction. La défécation provoque fréquemment des crises douloureuses.

L'état général est assez bon. Depuis un mois cependant la malade sent ses forces diminuer et son appétit disparaître.

Le passé génital est des plus réguliers.

Réglée depuis l'âge de 13 ans, très régulièrement, jamais de grossesse. La menopause s'est faite il y a quatre ans environ sans incidents.

Dans les antécédents héréditaires, on ne trouve aucune trace d'affection néoplasique.

Au toucher, la matrice paraît un peu volumineuse.

Au speculum, le col ne présente rien de particulier.

En présence de ces signes, M. Duret porte un diagnostic probable d'endométrite sénile, en faisant quelques réserves au sujet de l'épithélioma du corps. Il décide de pratiquer un curettage qui servira aussi à contrôler le diagnostic.

Le 12 janvier, sous le chloroforme, on sent par le palper bimanuel que l'utérus est volumineux, bosselé, dur en certains points, non en d'autres. Ce caractère fait immédiatement songer au cancer. En introduisant le doigt dans le museau de tanche, on sent que celui-ci n'est rétréci qu'à son orifice externe qui est mince, membraneux ; au-delà, dans la cavité cervicale on tombe sur des fongosités dont les caractères ne laissent aucun doute sur la nature épithéliale de l'affection ; quelques-unes de ces fongosités sont cependant enlevées à la curette, pour être soumises à l'examen histologique, ce qui confirmera le diagnostic d'épithélioma ; l'intervention est suspendue. Une opération complète est pratiquée le 14. M. Duret intervient par la voie abdominale. Après incision de la paroi abdominale dans la région sous-ombilicale, le chirurgien place deux pinces Clamp sur les ligaments larges qui sont sectionnés en dedans de ces pinces, l'utérus est alors attiré en haut. Une section transversale du péritoine en avant permet de décoller la vessie. On place ensuite une pince dans le cul-de-sac antérieur qui est ponctionné à ce niveau, ce qui permet de sectionner les insertions vaginales tout autour du col.

Il se dégage à ce moment une odeur extrêmement fétide, par suite des mouvements opératoires. Le corps comprimé a fait sourdre dans le vagin des fongosités ramollies d'une odeur repoussante, qui sont enlevées aussitôt.

Le corps de l'organe est alors attiré en haut au moyen d'une pince de Museux et la section des ligaments larges s'achève rapidement après ablation de l'organe.

On examine avec soin les ligaments larges qui ne présentent à l'œil nu aucune trace d'infiltration cancéreuse.

On ne voit pas non plus de ganglions dans le petit bassin. Toilette soignée du péritoine ; drainage abdomino vaginal et suture de la paroi à trois plans.

L'intervention n'a pas duré plus d'une demi-heure. Suites opératoires : Quelques jours après l'opération la malade est en proie à une agitation continue. La température s'élève, en même temps que le pouls varie entre 130 et 150.

Au dixième jour, l'agitation fait place au coma et la malade meurt le lendemain.

M. le docteur Danel, chef des travaux d'anatomie pathologique pratique l'examen de la tumeur :

L'Utérus est volumineux, ses dimensions sont celles d'un gros œuf de dinde, un peu de périmétrite, petite saillie de consistance fibromateuse du volume d'un pois, située sur la face postérieure, un peu au-dessous de l'insertion de la trompe gauche. L'utérus ouvert suivant la face postérieure, forme une cavité bourrée de végétations friables et molles à la fois et d'une odeur infecte. La paroi utérine a une épaisseur moyenne d'un centimètre et demi. Elle ne paraît pas profondément infiltrée, car la tunique musculaire occupe nettement à elle seule, les trois quarts de l'épaisseur de la paroi. Par contre, le néoplasme est très étendu sur la section qui vient d'être faite, on peut constater que toute la paroi utérine, depuis le fond de la matrice jusqu'à la région de l'isthme est bourgeonnante, dégénérée.

La face antérieure de l'utérus renferme un petit noyau fibromateux.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un adéno-carcinome ayant son point de départ au niveau de la muqueuse du corps, ayant infiltré toute la sous-muqueuse et ayant déjà au niveau de la paroi postérieure de l'utérus tendance à infiltrer la couche musculaire.

Obs. VI. — (Bouglé) (1)

Fibrome et cancer utérin. — Cancer secondaire des ovaires.

Observation recueillie par M. Lœwy, interne de Bouilly

Femme de 44 ans, entre le 16 mai 1900 à l'hôpital Cochin dans le service de M. Bouilly, pavillon Velpeau, lit n° 14,

N'a jamais été malade. Accouchement normal à 22 ans. Pas de fausses couches règles normales.

Il y a un an, mai 1899, la malade a commencé à avoir des règles plus abondantes que d'habitude, puis peu à peu, à perdre du sang dans l'intervalle des règles.

En novembre apparurent des douleurs abdominales qui bientôt rendirent toute marche et tout travail impossible.

Un médecin consulté en mars 1900 fait le diagnostic de fibrome et ordonne des injections d'eau salée chaude.

Cependant la malade maigrissant et s'affaiblissant de plus en plus entre à l'hôpital Cochin. Cœur, poumons, appareil urinaire normaux.

L'exploration pelvienne fait reconnaître un utérus volumineux, dur, mobile, le col est d'apparence normale seulement un peu dévié à gauche. La masse qui occupe le corps utérin et qui donne absolument l'impression d'un fibrome, déborde à droite et infiltre le ligament large correspondant.

Le diagnostic porté est fibrome utérin.

Opération le 22 mai.

L'utérus qui a le volume d'un gros poing est remarquablement friable, à trois reprises différentes le désenclaveur, bien qu'engagé dérape. Néanmoins l'opération est conduite régulièrement ; ligature du pédicule utéro-ovarien gauche, du ligament rond gauche de l'utérine gauche, isolement de la vessie, section transversale du col procédé supra-vaginal, ouverture de la cavité utérine qui renferme une substance blanc rosé, gélatineuse ; la section utérine est achevée, l'utérine droite liée puis successivement le pédicule du ligament rond et l'utéro-ovarienne à droite. Cautérisation de la cavité utérine au thermo.

A ce moment le tissu du fragment du col utérin laissé en place me paraît dur et comme fibromateux en un point qui est excisé. Surjet au catgut sur la tranchée utérine en évitant de traverser la cavité. Surjet au catgut fin sur les deux lèvres du péritoine, fermant ainsi complètement la cavité péritonéale du pédicule utéro-ovarien gauche et celui du côté droit. A cause du suintement de la cavité utérine dont la nature septique est possible, drainage au drain de caoutchouc entouré de deux mèches de gaze stérilisée.

Fermeture de la paroi abdominale en trois plans, deux plans profonds en surjet au catgut, un plan superficiel cutané aux crins de Florence.

Suites opératoires très simples. Au bout de 48 heures le drainage

(1) Bulletin de la Société anatomique, 1900, p. 514.

est changé, le pansement est imprégné d'une grande quantité de sérosité sanguinolente. Le drain de caoutchouc est replacé.

Le 6e jour. le drain est supprimé et remplacé par une petite mèche de gaze qui est elle-même retirée au bout de dix jours.

Examen de la pièce. La tumeur pèse 615 grammes. Elle comprend la majeure partie de l'utérus et les annexes. L'utérus est bosselé friable. A la coupe il donne en certains endroits une grande quantité de suc, ce qui n'est pas normal dans le fibrome pur. D'ailleurs,il est facile de se rendre compte sur cette coupe de la tumeur qu'il existe des points nettement fibromateux et d'autres plus mous, plus friables, surtout au voisinage de la cavité. La muqueuse est épaisse et molle. L'aspect suspect de cet utérus exige l'examen histologique pour en faire un diagnostic complet.

L'examen microscopique est pratiqué par M. Cornil, la paroi utérine a été prélevée à peu près au niveau de l'orifice interne du col. Là le tissu musculaire de la paroi était infiltré de suc. Sur les coupes colorées à l'hématoxyline et à l'éosine on voit des espaces lacunaires dont les bords sont limités par des faisceaux de muscles lisses et qui sont remplis de grandes cellules pavimenteuses. Souvent ces accumulations d'épithélium ont la forme de tubes épithéliaux. Habituellement, il y a beaucoup de globules blancs dans ces tubes et îlots cellulaires.

Dans d'autres parties de la coupe, l'épithélium tubulé accompagne les vaisseaux sanguins ou se trouve dans du tissu conjonctif riche en cellules rondes ou leucocytes. C'est en somme un type de l'épithélium tubulé devenant lobulé par places. Pas de globes épidermiques. Les ovaires étaient gros, durs, bosselés et présentaïent à la coupe le même aspect que certains points de la coupe de l'utérus.

Histologiquement un des ovaires examiné par M Cornil est complètement envahi dans le point choisi pour l'examen. On voit partout des lobules fermes, des tubes et îlots pleins d'épithélium pavimenteux à gros noyaux, semblables à ceux de la paroi utérine. Ils sont situés au milieu du tissu cellulo-musculaire ovarien. Les ovules ne se voient plus dans le tissu de l'ovaire. Les vaisseaux ont conservé leur forme sinueuse. Il s'agit donc d'un utérus fibromateux envahi secondairement par un cancer pavimenteux avec cancer secondaire des 2 ovaires.

OBS. VII (*personnelle*).

Fibrome et cancer du corps de l'utérus. — Hystérectomie abdominale totale. — Mort.

Mme R... 65 ans, brocanteuse, entre à l'hôpital Broca dans le service de M. le Pr. Pozzi, le 3 novembre 1904.

Les antécédents héréditaires n'offrent aucun intérêt.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans, elle l'a toujours été régulièrement; mais les règles étaient assez abondantes, elles avaient une durée de 7 à 8 jours.

12 grossesses normales et suites de couches physiologiques, jamais de fausses couches. La menopause s'établit à 54 ans et ne s'accompagne d'aucun trouble.

Pendant cinq années elle n'a eu aucune perte sanguine. En 1899, la malade vit apparaître des écoulements sanguins qui, pendant quelque temps, se montrèrent à des dates régulières, puis n'eurent aucun caractère périodique.

Aux pertes sanguines s'ajouta bientôt un écoulement ichoreux et fétide. Pendant la nuit les pertes étaient surtout constituées par du sang, tandis que pendant le jour il s'écoulait un liquide purulent.

Depuis 3 mois environ, cet écoulement ichoreux est devenu plus abondant. Depuis la même époque, sont apparues des douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs qui ne sont pas continues s'irradient à la région lombaire et à la face interne des cuisses.

L'état général est assez bon.

A la palpation on constate que l'utérus est volumineux, il est un peu rejeté à droite. Au fond et à gauche, on sent un corps de consistance dure et de la grosseur d'une orange. Au toucher, le col est dur. Au speculum, le col ne présente rien de particulier.

En présence de ces signes on porte le diagnostic de corps fibreux en voie de dégénérescence et donnant lieu à de la pyométrie ; on fait quelques réserves au sujet de l'epithélioma du corps coïncidant avec le fibrome.

Le 7 novembre, M. Dartigues chef de clinique pratique un curettage. L'examen histologique des fragments recueillis, pratiqué par M. Bender, montre qu'il s'agit d'un épithelioma cylindrique.

Opération. — Une opération complète est pratiquée le 15 novembre. Monsieur le professeur Pozzi pratique l'hystérectomie abdominale totale.

On trouve un fibrome sur le fond et à gauche de l'utérus, gros comme le poing et fortement enclavé dans le pelvis et en partie sous-péritonéal. L'utérus est complètement rejeté sur le côté droit.

La caractéristique de cette hystérectomie, c'est qu'il faut isoler le vagin très loin et sectionner très bas, derrière la vessie qui gêne beaucoup ce temps opératoire.

L'hémostase est des plus difficiles ; on finit par la réaliser et on suture la tranche postérieure du vagin,

Une mèche de drainage est placée dans le vagin. Le ventre est refermé en 3 plans.

Le soir, vers les cinq heures, hémorragie abondante par le vagin M. Dartigues pratique une laparatomie nouvelle et trouve des caillots dans le pelvis, et un lambeau au niveau du ligament large qui saigne.

On ne peut arriver à se rendre maître de l'hémorragie complètement qu'en faisant de la compression.

Une mèche est remise dans le vagin par l'abdomen. Trois mèches sont tassées dans le fond du pelvis au niveau des parties cruentées.

Un gros drain est placé également dans l'abdomen. Le ventre est suturé en un seul plan pour aller plus vite.

On termine par un tampon vaginal serré, car une hémorragie veineuse continue au niveau de la tranche vaginale.

L'hémorragie est ainsi complètement arrêtée.

Suites opératoires d'abord excellentes, puis phénomènes d'agitation et mort le 26 décembre.

Examen microscopique des pièces. Nous devons à l'obligeance du Dr Latteux chef du laboratoire, l'examen de la pièce ; dont il a bien voulu nous donner le résumé dans la note suivante.

L'utérus étant sectionné selon sa longueur, présente deux parties distinctes : l'une, constituée dans sa partie supérieure par un fibrome compact, l'autre formée par l'organe proprement dit. La cavité utérine est tapissée par une muqueuse d'aspect villeux, et qui porte une petite masse molle et friable du volume d'un haricot. Plus bas, et en se rapprochant du col, tout le tissu utérin est ramolli de couleur blanche et de consistance caseuse. A la coupe, on ne trouve que des amas cellulaires, séparés par de minces cloisons de tissu conjonctif.

Sur une section du bourgeon faisant hernie dans la cavité utérine nous trouvons deux zones : l'une où l'on distingue encore l'aspect glandulaire, avec une seule couche de cellules dans les revêtements épithéliaux ; l'autre où l'aspect glandulaire n'existe plus et

est remplacé par des lacunes tapissées sur plusieurs rangées d'épithélium atypique.

En certains points se montrent des alvéoles remplies de cellules. Tous les éléments sont intimement soudés et présentent de gros noyaux granuleux. Cette région est généralement parcourue par de nombreux capillaires pleins de sang.

Les masses cancéreuses sont constituées par un groupement de cellules à noyaux volumineux, intimement soudées entre elles.

A peine devine-t-on les traces anciennes d'un revêtement épithélial cylindrique. Le centre est toujours occupé par une cavité plus ou moins grande indiquant l'origine glandulaire.

Enfin dans la majeure partie de la cavité utérine, la surface et le tissu sous-jacent sont envahis par une infiltration de cellules aux formes les plus variées souvent fusiformes et simulant à première vue la disposition sarcomateuse.

De minces cloisons conjonctives, avec capillaires embryonnaires séparent les masses principales.

Ajoutons qu'on rencontre, un grand nombre de cellules en pleine karyokinèse.

Le néoplasme présente, en somme tous les caractères de l'épithélioma tubulé.

Obs. VIII (*résumée*). — (Doleris).

Fibrome et cancer du corps. — Hystérectomie vaginale. — Mort par appendicite avec perforation.

Femme de 50 ans d'aspect débile, le facies pâle, les muqueuses décolorées. Ses grands parents sont morts très vieux. Son père est mort assez jeune, probablement d'une affection de poitrine, sa mère a succombé à une maladie de cœur.

A part une fièvre typhoïde assez bénigne à l'âge de onze ans la patiente n'avait jamais èu d'indisposition sérieuse.

Mariée à vingt-quatre ans, elle avait une fausse couche deux ans plus tard, s'était remise assez péniblement et était redevenue enceinte au bout d'environ un an. Il y eut un accouchement normal à terme d'une fille, vivante actuellement et d'assez bonne santé.

Depuis cet accouchement la menstruation était régulière, durait trois jours, sans douleur ni malaise, un peu plus abondante seulement dans ces dernières années.

Il y a un an que les pertes sanguines ont débuté, quasi incessantes, abondantes et nullement accompagnées de symptômes douloureux dans les premiers temps. Il y a cinq ou six mois seulement que des douleurs assez vives et intermittentes furent ressenties. Ces douleurs siègeaient dans le bas-ventre sans localisation précise, affectant la forme de coliques avec des irradiations vers la racine des cuisses. Elles présentaient parfois assez d'acuité pour réveiller la malade et entraver le sommeil.

Vers cette époque, l'état général s'altérait d'une façon visible, les digestions devenaient pénibles, l'appétit languissant et l'amaigrissement, amené lentement par la spoliation sanguine prolongée, s'accentuait d'une manière sensible,

Au mois de janvier, les pertes sanguines font place à une abondante suppuration jaunâtre, sans fétidité. L'examen révèle que la plus grande partie du pus est fournie par le vagin dont la paroi est, par larges plaques, dépouillée de son épithelium, la couche papillaire étant mise complètement à nu. L'aspect de ces plaques est framboisé grenu, rouge vif. Elles se voient, surtout dans les culs-de-sac vaginaux. La cavité vaginale est très rétrécie, et les parois du conduit sont résistantes. Le col utérin paraît normal, il est de petit volume, sa muqueuse externe est saine. L'orifice externe est assez étroit, la muqueuse intra-cervicale est vivement colorée.

Le toucher fort pénible et douloureux, dénote un utérus volumineux, très peu mobile, sans qu'on puisse cependant affirmer qu'il existe des exsudats dans l'épaisseur du parametrium. Les annexes ne présentaient rien de particulier. L'hystéromètre montre une cavité d'environ 10 centimètres. Un peu de sang s'écoule mélangé de grumeaux purulents épais, sans odeur bien marquée.

Le diagnostic était hésitant entre : endométrite, fibrome suppuré ou épithélioma.

Dilatation de la matrice au moyen d'une laminaire et exploration de la cavité utérine en détail. A l'aide d'une fine curette on ramena au milieu de détritus désagrégés et puriformes, des débris grisâtres, friables, ayant toute l'apparence de végétations néoplasiques malignes. L'examen microscopique permet d'y reconnaître des cellules épithélioïdes.

Opération le 14 mars. Hystérectomie vaginale rendue assez difficile par l'étroitesse du vagin, ablation des annexes des 2 côtés. L'examen des pièces montra l'existence de quelque noyaux fibromateux dans la paroi de la matrice. Le poids des fragments était d'environ 300 grammes. La muqueuse utérine épaissie était molle, grisâtre, dégénérée sur la paroi postérieure, vers le fond. Il s'en

détachait une petite masse polypeuse en voie de sphacèle. Les annexes étaient saines et longuement pédiculées.

La malade succomba dans la nuit du sixième au septième jour. L'autopsie montra une appendicite avec perforation.

Obs. IX.

Fibrome interstitiel gangréné. — Dégénérescence maligne de la muqueuse du corps de l'utérus. — Hystérectomie abdominale totale. — Mort (1).

M. S..., âgée de 51 ans, se présente au mois de juillet 1901 à la consultation de M. le Dr Quenu. Dans ses antécédents personnels, on ne relevait que des accidents péritonitiques survenus 28 ans auparavant, à la suite d'un accouchement. Depuis plusieurs années elle était sujette à des pertes de sang continuelles et la présence d'un fibrome utérin avait été constatée depuis longtemps par plusieurs médecins. Mais comme elle était d'un âge très voisin de la menopause, on avait compté sur l'influence de celle-ci pour la délivrer de ses pertes. Cependant, la menopause n'apporta aucune amélioration dans son état au contraire, les règles disparurent, mais les métrorragies persistèrent.

En outre, vers la fin de l'année 1901, ces pertes sanguines prirent une coloration brunâtre et devinrent extrêmement fétides. En même temps, la malade s'affaiblissait, perdait l'appétit, avait de la fièvre tous les soirs et son teint de femme grasse et légèrement anémié prenait une teinte grisâtre.

Au mois de février 1901, à la suite d'une perte plus considérable, les médecins qui considéraient son fibrome comme en voie de régression et déconseillaient une opération radicale, jugèrent à propos d'intervenir. Ils pratiquèrent des manœuvres intra-utérines suivies d'un pansement. Le soir même, la malade est à 40°5 de température, et pendant les jours qui suivirent, elle fut très souffrante. Puis tout rentra dans l'ordre, les pertes sanieuses, fétides, reprirent comme auparavant, et la malade continua à se cachectiser.

Lorsqu'elle vint consulter M. Quenu, en juillet, elle était très affaiblie. Son teint était plombé comme celui d'une intoxiquée, elle avait perdu tout appétit. Son état général était déplorable. Elle perdait par le vagin un liquide brunâtre mélangé de détritus horriblement fétides.

(1) Bisch. Thèse Paris, 1902, p. 97.

Au toucher, on sentait un utérus du volume d'une tête de fœtus bosselé, pas très mobile. Les culs-de-sac étaient libres, le col légèrement entr'ouvert ne présentait rien d'anormal. L'urine renfermait un peu d'albumine.

La malade entra immédiatement dans une maison de santé. Là pendant les deux ou trois jours qui précédèrent l'intervention, elle présenta tous les soirs une température de 38°, 38°5. On lui désinfecta le vagin au moyen de lavages à l'eau oxygénée. Les pertes répandaient une odeur tellement horrible et tellement tenace qu'on dut désinfecter la baignoire et la salle de bain qui avaient servi à cette malheureuse femme.

Opération : le 13 juillet. Laparotomie. Lésions annexielles bilatérales consistant en deux salpingites peu volumineuses. L'utérus portait au niveau du fond deux bosselures du volume d'une moitié d'orange. Adhérences à l'S iliaque et à l'épiploon.

Lorsque les ligatures eurent été posées sur les pédicules vasculaires et que le péritoine utérin eut été incisé et décollé prudemment, on entoura soigneusement de compresses la région cervicale de l'utérus. Pendant la désinsertion du vagin, et malgré la précaution de l'aide, de ne pas comprimer l'utérus en le reclinant, un petit pertuis s'ouvrit sur la face postérieure au niveau de l'isthme, et il s'en échappa une matière brunâtre et pâteuse, comme lorsqu'on presse entre les doigts un tube de peinture. Cette matière fut soigneusement étanchée par des compresses renouvelées. L'opération s'acheva, comme toute hystérectomie totale, par la fermeture du vagin et la péritonisation. Suture de la paroi avec drainage au moyen d'un gros drain en caoutchouc.

Le soir même, la malade avait 39° et 120 de pouls. Pas de vomissements.

Le lendemain matin, 14 juillet 39°6 et 130. Le soir 40°3 et 140. Toujours pas de vomissements, pas de ballonnement du ventre qui est souple et plat.

D'ailleurs le malade rend des gaz par l'anus.

L'urine renferme une plus grande quantité d'albumine que précédemment.

Le 15 juillet au matin, la température était montée à 41° 2, la malade mourut dans la matinée sans avoir présenté de phénomènes péritonitiques.

La mort était manifestement due à une septicémie aiguë.

Examen de la pièce. Deux fibromes sous-péritonéaux du volume d'une petite orange, siégeant l'un sur le fond de l'utérus, l'autre au niveau de la corne droite et présentant à la coupe un aspect nor-

mal. La paroi postérieure de l'utérus, bombée était occupée par une masse putrilagineuse du volume d'une mandarine, d'une coloration brun rougeâtre ; au centre une cavité pleine de détritus semi liquides et traversée par des tractus bruns. Une mince coque de tissu utérin, friable et d'ailleurs crevée en un point séparait ce foyer du péritoine. Du côté de la muqueuse utérine une ouverture irrégulière, déchiquetée faisait commnniquer le foyer avec la cavité de l'utérus. Une odeur extrêmement fétide s'échappait de cette tumeur dégénérée.

Examen histologique. — Il a été pratiqué par M. Landel, chef dulaboratoire deM. Quenu, à l'hôpital Cochin.

Les coupes pratiquées au niveau des noyaux fibreux laissent facilement reconnaître la structure des fibromyomes ordinaires.

Cependant on remarque en de nombreux points des régions calcifiées ne dépassant pas toutefois le volume d'un noyau de cerise. Mais le fait le plus remarquable est la présence de nombreuses travées cellulaires s'insinuant à travers le tissu fibromyomateux et le dissociant plus ou moins.

Ces travées sont formées généralement d'éléments d'aspect embryonnaires, bien que plus gros que les leucocytes normaux et dont la nature semble peu aisément reconnaissable. Mais dans certains points, ces cellules revêtent complètement l'aspect des éléments d'un épithélioma pavimenteux : la forme aplatie, les ébauches de globes épidermiques avec cellules granuleuses, le ciment intercellulaire et d'autre part, les noyaux bourgeonnants et les figures de division anormale ne peuvent laisser aucun doute à cet égard. Il vient souvent s'ajouter à ces éléments épithéliaux, soit à la surface, soit dans la profondeur des tissus, une grande quantité de leucocytes, ce qui rend parfois leur interprétation assez difficile.

Il s'agit donc d'un épithélioma pavimenteux de l'utérus ayant envahi les fibromyomes et s'accompagnant de gangrène.

Obs. X

Fibrome du corps et cancer du corps de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Mort 24 heures après (1).

Mme B..., 51 ans. Des douleurs se sont montrées il y a 5 ou 6 ans, d'abord légère selles ont été en augmentant d'intensité, l'amaigrissement et la faiblesse allaient aussi croissant. Ce n'est que depuis

(1) Thès. de Bigeard, 1899, p. 270.

trois ans qu'elle a des métrorragies abondantes, revenant plusieurs fois par mois et coincïdant avec des crises douloureuses.

Le malade est pâle, anémiée. A l'examen on trouve difficilement le col, refoulé en haut et à gauche derrière le pubis tandis que vient faire saillie dans le vagin une masse dure qui occupe la cavité de Douglas et semble développée aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus. On porte le diagnostic de fibrome. Hystérectomie vaginale le 12 mai 1895. Après ouverture des culs-de-sac, on constate que le fibrome est enclavé dans le petit bassin et développé aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus, il dédouble la cloison recto-vaginale. Le fibrome est enlevé par morcellement, la cavité utérine est remplie de détritus friables. Les annexes sont laissées en place. L'utérus est enlevé par bascule postérieure.

Résultat. La malade meurt, avec de la diarrhée, du refroidissement le 14 mai. L'utérus pesait 300 grammes, l'examen histologique des fragments prélevés dans les parties ramollies et végétantes de la tumeur, montra que ces parties étaient constituées par de l'épithélioma cylindrique pur (cancer épithélial du corps, type cylindrique)..

Obs. XI

Cancer du corps pris pour un fibrome sphacélé avec 3 ou 4 petits fibromes interstitiels du volume d'une noix — Hystérectomie vaginale. — Guérison opératoire (1).

Mme P... 46 ans, nullipare.

Il y a 10 mois métrorragies très abondantes, puis pertes séro-sanguinolentes très fétides et continues. Les pertes de sang ont cessé depuis le mois de janvier 1895, mais il s'écoule toujours un liquide ichoreux, fétide. La malade souffre peu dans le bas-ventre. Le col est ulcéré entr'ouvert, il admet l'index.

L'utérus est peu mobile, non douloureux, en antéflexion. Le diagnostic posé est celui de fibrome sphacélé.

Hystérectomie vaginale le 9 avril 1896. Curettage. Ablation du col. Durant le morcellement, les pinces dérapent, tellement l'utérus est friable. Bascule par hémisection antérieure très difficile. Ablation des annexes : un gros kyste de l'ovaire gauche est crevé durant le morcellement. Hemostase difficile.

Résultat. A l'ablation de la première pince, 48 heures après,

(1) Thèse de Bigeard. Paris, 1898, p. 276.

une hémorragie abondante se déclara, la pince fut replacée et les pinces restèrent 24 heures de plus.

Guérison opératoire, mais la malade est affaiblie avec une teinte jaunâtre.

Obs. XII.

Fibrome avec dégénérescence cancéreuse de l'utérus. — Hysterectomie abdominale totale.. — Guérison opératoire (1).

Mme D.... âgée de 63 ans, nullipare, sans fausses couches. Ménopause à 40 ans. Depuis 5 ans elle a vu disparaître les hémorragies et les douleurs qui existaient depuis 18 ans. Au mois de juillet 1897, les douleurs et les hémorragies sont revenues et les souffrances sont intolérables.

Examen. On trouve l'utérus qui remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La malade est laissée au repos pendant quelques mois, mais comme la tumeur gagne l'ombilic et que les souffrances ne font que s'accroître, malgré l'âge et l'état cachectique de cette femme, M. Segond se décide à une intervention. Le diagnostic posé est celui de fibromes multiples de l'utérus.

Hystérectomie abdominale totale faite le 15 octobre 1897.

Procédé américain.

Dès les premiers essais d'ablation, la masse s'effrite et la nature néoplasique de la tumeur est évidente. Elle n'est enlevée qu'au prix des plus grandes difficultés ; l'hémostase est inquiétante. M. Segond explore la cavité pelvienne après s'être débarrassé de la tumeur, toute la chaîne des ganglions iliaques est envahie. L'un de ces ganglions est très volumineux et fusiforme il engaine à la façon d'un manchon l'artère iliaque droite. D'autres noyaux cancéreux existent sur le côlon transverse et sur l'S iliaque. Un de ces noyaux du volume du poing, relie entre elles deux anses de l'intestin grêle. Devant l'étendue de ces lésions M. Segond se contente d'assurer l'hémostase, de drainer par le vagin et de refermer le ventre.

Suites immédiates. — La malade se rétablit très vite et elle sortit en bon état le 4 janvier 1898. Une grande amélioration s'était produite, les troubles de compression exercés par la tumeur avaient disparu et les douleurs avaient cessé presque totalement. Cette opérée n'a pas été revue, mais la cancer n'a pu que continuer son évolution. La tumeur fibreuse pesait 1360 grammes.

(1) Thèse de Bigeard, p. 284.

Obs. XIII. — (Montgomery).

Fibromes et cancer du corps de l'utérus (1).

Il s'agit d'une malade de 23 ans qui, il y a un an, eut des hémorragies abondantes avec des crises douloureuses, à ce moment elle subit un curettage.

A l'examen, on trouvait un utérus hypertrophié et on avait la sensation que la cavité utérine renfermait des masses fibromateuses.

Après dilatation du col, j'enlevai par le curettage la plus grande partie des excroissances. Après ouverture de la cavité abdominale j'extirpai les petits fibromes de la paroi utérine, mais la cavité utérine paraissait contenir d'autres tumeurs. J'incisai la paroi utérine dans le dessein de les enlever. Quand l'utérus fut ouvert, je trouvai la cavité remplie de tumeurs de consistance dure, et variant du volume d'un poids à celui d'une noix. Les tumeurs étaient pédiculées et dépendaient de la muqueuse et non de la paroi musculaire de l'utérus. L'aspect de ces tumeurs me décida à en enlever l'utérus. A l'examen de la pièce, on ne trouvait aucune infiltration de la paroi utérine, ni aucune enduration à la base des excroissances, et cependant il y avait une inflammation très considérable de la muqueuse. L'examen des ganglions et de la cavité pelvienne montra qu'il n'y avait pas de propagation.

Obs. XIV. — (Richardson).

Fibrome du corps et dégénérescence maligne de la muqueuse utérine (2).

Il s'agit d'une malade de 70 ans du Dr Cook de Fittbourg. Le début de la maladie remonte à quatre ans. A cette époque, pendant un mois, elle eut des hémorragies avec des crises douloureuses. Le tout s'amenda un peu, mais bientôt les douleurs augmentèrent d'intensité et de fréquence.

L'état général était relativement bon.

L'utérus avait le volume d'une orange et était rempli de petites masses fibreuses. Par le palper abdominal, on arrivait à sentir sur la paroi antérieure de l'utérus, une tumeur simulant un utérus en anteversion et rempli de petits nodules. Laparotomie. Je trou-

(1) *Thérapeut-Gazette. Detroit* 1903 n. s. XIV p. 217.

(2) *Boston médical and surgical journal*, 14 janvier 1904.

vai un grand nombre de petites tumeurs faisant partie du corps de l'utérus, et j'étais presque persuadé qu'il s'agissait de fibromes en voie de dégénérescence.

Les masses étaient plus ou moins fluctuantes. La sensation de fluctuation était due à ce que la plus grande partie de la tumeur était molle. L'examen macroscopique était en faveur de polypes utérins et non de production carcinomateuses ; mais je ne serais pas du tout surpris de trouver un fibrome du corps de l'utérus coïncidant avec des productions néoplasiques. L'examen microscopique montra que dans ce cas l'extirpation totale de l'utérus était seule capable de produire la guérison.

L'absence d'infiltration de la paroi utérine, et l'intégrité des ganglions lymphatiques me firent porter un pronostic favorable.

Obs. XV. — (Dr A. Castan).

Fibrome et cancer du corps de l'utérus (1).

A.-M. femme de cinquante-neuf ans, entre le 17 juin dernier, salle Saint-Vincent, service de M. Jeannel. Comme antécédents héréditaires, on relève ce fait, que sa mère eut à cinquante ans, après une longue interruption des règles, une métrorrhagie qui dura un an et entraîna la mort par consomption ; il s'agit vraisemblablement d'un cancer de l'utérus.

La malade a eu, à quarante ans, pendant un an environ des crises de coliques néphrétiques avec ictère durant six mois, elle fut guérie par une cure à Vichy et ses accidents ne se reproduirent plus.

Elle a été réglée à 16 ans, toujours régulièrement depuis durant trois ou quatre jours ; avant son mariage, les règles étaient douloureuses. Grossesse et accouchement normaux à vingt-quatre ans jamais d'autre grossesse ni de fausse couche.

Pour la première fois au cours de sa maladie hépatique, les règles devinrent abondantes, sans excéder leur durée normale Depuis cette époque, l'écoulement sanguin est devenu presque continu, quoique peu abondant. Après un arrêt total de toute perte sanguine il y a cinq ans, pendant quatre ou cinq mois, les metrorrhagies ont repris et sont restées continues. Depuis un an, leur quantité a notablement augmenté sans qu'elles se soient accompagnées de la moindre douleur. Quelques légères pertes blanches depuis treize ou quatorze ans ont entrecoupé les pertes rouges, sans présenter aucun caractère particulier.

(1) *Toulouse Médical* 1903. v. p. 198-201.

En resumé, métrorragies peu abondantes, depuis dix neuf ans, ayant très notablement augmenté depuis un an, sans jamais s'accompagner de douleurs, de véritables pertes blanches, de troubles de la miction ou de la défécation et sans retentissement sur l'état général.

A l'examen, on se trouve en présence d'une femme bien constituée, vigoureuse et adipeuse : elle n'a jamais quitté, jusqu'à son entrée à l'hôpital, les rudes travaux des champs.

L'abdomen n'est pas augmenté de volume ; à la palpation on sent une tumeur dure, située dans la région hypogastrique sur la ligne médiane et répondant à l'utérus : son bord supérieur est à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic elle s'étend en partie dans la fosse iliaque gauche, peu dans la droite et est mobile ; sa surface est entièrement lisse.

Au toucher, on trouve un périnée déchiré, un col haut situé petit avec orifice normal. Par le palper combiné, on sent un utérus volumineux, très mobile faisant corps avec la tumeur dont on ne peut le distinguer. La paroi postérieure semble cependant plus particulièrement infiltrée. Rien d'appréciable au niveau des annexes.

Pas de troubles de la miction, les reins ne sont pas sentis, la malade a tous les jours une selle facile et normale. Rien à l'examen des autres organes.

M. le Professeur Jeannel pratique le 25 juin la laparotomie. L'utérus présente sur sa paroi postérieure un fibrome du volume d'une grosse orange, dépassant le fond de six à sept centimètres de hauteur et le surplombant ; il est enlevé très facilement avec la tumeur par hystérectomie subtotale. La cavité du col, d'aspect normal est cautérisée au thermo et on s'apprête à péritoniser lorsqu'un aide, recueillant les pièces et ayant ouvert la cavité utérine fait remarquer à M. Jeannel que celle-ci est envahie par une tumeur végétante. Le col est alors enlevé : ouvert, il ne présente plus trace de lésion. Pas de ganglions appréciables dans les régions classiques, qui sont particulièrement évidées.

Péritonisation au catgut et occlusion du vagin. pas de drainage suture du péritoine et de la couche musculo-aponévrotique par des surjets de catgut, de la peau aux agrafes de Michel. Suites opératoires normales ; pas d'élévation de température, désunion partielle de la partie inférieure de la plaie avec fistule actuellement cicatrisée ; la malade a quitté hier l'hôpital.

Obs. XVI. — Tedenat (*In Th. Boissier*, Obs. II).

33 ans. Mère morte d'un cancer au sein. Réglée à 17 ans. A partir de 23 ans, règles plus abondantes.

Depuis un an, métrorragies irrégulières. Depuis quatre ou cinq mois, douleurs hypogastriques et lombo-sacrées. Amaigrissement.

Curettage. Examen des débris, épithelioma.

Hystérectomie abdominale totale, ligament large gauche infiltré. Uterus gros (10 centim. de long) deux nodules fibromateux sous-péritonéaux ; dans la cavité, deux noyaux néoplasiques avec végétations molles. Morte environ un an après. Cachexie. Urémie.

Obs. XVII. — Tédenat (*In Th. Boissier*, Obs. II).

63 ans. Toujours bonne santé. Réglée à 16 ans. Règles douloureuses, capricieuses. Un accouchement normal. Ménopause à 51 ans. Alcoolisme. Début il y a 3 mois de pertes blanches, puis rouges. Depuis un mois, douleurs.

Col très ouvert, on sent des bourgeons, odeur fétide. Corps gros douloureux, 14 centimètres d'hystérométrie. Diagnostic, cancer du corps. Hystérectomie vaginale. Trois nodules fibromateux sous-péritonéaux. Végétations épithéliales. Examen histologique : épithélioma.

Morte dix-sept mois après.

Obs. XVIII. — (Pauchet) (1).

Femme de 50 ans. Depuis plusieurs années, se plaignait de pertes utérines un peu plus abondantes que normalement, elle consulta quelques confrères qui conseillèrent un traitement médical en annonçant les bienfaits hémostatiques de la ménopause. Or, la ménopause arriva et la tumeur resta. Elle augmenta même les craintes de la malade par un écoulement séro-sanguinolent fétide, qui la conduisit au chirurgien.

A l'examen abdomino-pelvien, quand je vis cette tumeur bien mobile, très dure, au fond d'un large vagin extensible, je décidai de pratiquer une hystérectomie vaginale, pensant que la friabilité possible de l'organe ne saurait empêcher son ablation par une voie aussi complaisante.

(1) *Gazette Médicale de Picardie*, 1900, p. 44.

Dès le début de l'opération, le col se laissa bien amener, mais dès que je l'eus fendu et que j'eus commencé à saisir les tranches de section, les tissus cédèrent à la moindre traction et je dus me décider à pratiquer une laparotomie.

L'utérus fibromateux avait le volume de la tête d'un enfant. La section médiane montra une cavité bourrée de végétations cancéreuses.

Les suites furent très simples et pendant trois mois, la malade se trouva bien.

Obs. XIX. — (Pichevin)

Fibrome et cancer du corps utérin (1)

Femme de 40 ans ayant des pertes utérines assez abondantes. L'hémorrhagie menstruelle était prolongée. Il y avait quelques hémorrhagies en dehors de l'époque cataméniale. Les pertes ne sentaient pas mauvais. L'état général n'était pas altéré. Seulement, la malade présentait une teinte un peu spéciale, plutôt terreuse que jaune-paille. Le toucher combiné au palper révélait l'existence d'un corps utérin de la grosseur d'un poing, absolument régulier, On trouvait une tumeur fibreuse, dure, nettement pédiculée. Le diagnostic s'imposait ; en l'absence de toute perte fétide, il s'agissait d'un fibrome utérin.

La laparotomie fut pratiquée. Utérus énorme, nettement atteint de fibro-myomatose et présentant une tumeur pédiculée dure, qui était d'origine fibro-myomateuse.

Hystérectomie sus-vaginale sans incident. Ablation des annexes qui étaient altérées.

A l'ouverture de la cavité utérine, on découvrit, dans le fond, une tumeur végétante, mamelonnée, grisâtre, ayant pris naissance au niveau de la muqueuse utérine. Cette tumeur, large comme une pièce de 2 francs au moins était assez épaisse et remplissait la partie la plus élevée de la cavité corporale. Il n'existait aucune ulcération de ce néoplasme qui, en certains points, présentait, quelques traces de sphacélé au début.

L'examen histologique n'a point été pratiqué, mais il s'agissait probablement d'un épithélioma.

(1) *Pichevin.* — Semaine gynécologique, 1904, p. 169.

Obs. XX

Fibrome interstitiel gangréné. — Carcinome de la muqueuse du corps utérin. — Hystérectomie totale. — Guérison (1).

Mlle Amélie V..., 56 ans, entre le 5 juin 1901 à l'hôpital Cochin dans le service de M. le docteur Quenu. Elle a toujours été réglée d'une façon régulière depuis l'âge de 13 ans jusqu'à sa ménopause qui survint à l'âge de 51 ans.

Pas de grossesse, pas de maladies antérieures. Elle était très grasse, très vigoureuse, très active avant sa ménopause et pendant les quatre années qui suivirent elle continua à jouir d'une santé parfaite sans éprouver de troubles quelconques, sans avoir ni pertes blanches ni pertes de sang.

Il y a environ 18 mois, elle a commencé à avoir des pertes sanguinolentes qui devinrent rapidement brunâtres, visqueuses et légèrement fétides. Ce caractère de fétidité s'accentua dans la suite jusqu'à devenir insupportable. En même temps elle maigrissait, devenait pâle, affaiblie, et ses fonctions digestives qui jusque-là s'accomplissaient normalement, se troublèrent de plus en plus ; après chacun de ses repas, elle était très fortement ballonnée avec des sensations de pesanteur, des nausées et finalement des vomissements. L'appétit disparut à peu près complètement et fit place à un dégoût presque absolu de tous les aliments.

Les pertes devenant incessantes, très abondantes et surtout horriblement fétides, elle se décida, non sans répugnance à se faire examiner et soigner.

A son entrée à l'hôpital, elle est amaigrie, les traits tirés, le teint jaunâtre, mais légèrement plombé, plutôt comme une intoxiquée que comme une cancéreuse, son ventre n'est pas augmenté de volume ; la palpation n'y laisse pas sentir de tumeur. Le toucher vaginal montre un col de forme et de consistance normales, les culs-de-sac sont libres, l'utérus a le volume des deux poings, il est très irrégulier et l'on sent à sa surface de nombreuses bosselures. Le doigt ramène un liquide roussâtre, sanieux, horriblement fétide, d'une odeur très voisine de celle de l'épithélioma utérin, mais moins fade et plus pénétrante encore.

Pendant les jours qui suivent, la malade présente une courbe de température irrégulière avoisinant 38° le soir.

(1) Thèse de Bisch. Paris 1902, p. 100.

L'urine prise dans la vessie ne renferme pas d'albumine. On porte le diagnostic de tumeur maligne, l'utérus n'est pas très gros, il est mobile, les culs-de-sac sont libres, les ligaments larges paraissent indemnes. M. Quenu décide de donner à cette femme les chances de la laparotomie exploratrice suivie d'une intervention radicale si rien ne s'oppose à l'ablation totale. En outre, M. Quenu formule des réserves sur la possibilité d'un fibrome gangréné.

La malade est préparée soigneusement pendant plusieurs jours, lavages vaginaux et intra-utérins à l'eau oxygénée, bains répétés, pansement humide de l'abdomen.

Opération : le 27 juin. Laparotomie. L'utérus est bourré de fibromes, il est mobile, l'hystérectomie totale est décidée. Protection soigneuse du péritoine. Désinsertion du vagin sans incident. Il ne s'écoule pas de liquide par le col, grâce à un tampon de gaze qui l'obture. Péritonisation. Suture de la paroi avec un drainage par un gros drain. Dans la journée, quatre litres de sérum en injection sous-cutanée. A cinq heures du soir, température 36°6, pouls à 76. La malade est calme et n'a pas vomi.

A minuit, température 38°6, pouls à 90.

Le 28 juin. La malade a été assez agitée pendant la nuit, elle a vomi trois fois. Le matin, température 38°4, pouls à 96.

Le pansement est enlevé. Le drain est laissé en place, mais selon l'habitude du service, on introduit par son orifice une pipette avec laquelle on aspire à plusieurs reprises le liquide qui stagne au fond de la plaie. On retire ainsi une petite quantité de sérosité sanguine épaisse et un peu fétide. Cette opération est répétée le soir à l'heure de la contre-visite, et le matin jusqu'à l'ablation du drain.

Le soir, 38°8, pouls à 92. Le ventre est souple et non ballonné. On donne à la malade un verre de limonade purgative.

Le 29 juin. La malade est allée à la selle et a rendu des gaz. Le matin 37°8, le soir 38°3 et 38.

Le 30 juin. Temps 37°6, pouls à 88. On enlève le drain.

La malade baisse progressivement de température jusqu'à 37°. Cependant le 5e jour, la partie inférieure de la plaie à l'endroit du drain, est le siège d'un peu de rougeur. Puis, le lendemain, il se forme à ce niveau, dans la paroi, un petit abcès à pus verdâtre et très fétide. Eau oxygénée. Pansements semi-humides au moyen de compresses de gaze stérilisée trempées dans l'eau oxygénée et fortement exprimées, recouvertes d'ouate sans taffetas gommé. Cette petite complication, rapidement enrayée ne retarde la guérison

que de quelques jours. Le 28 octobre, malade revue en parfaite santé.

Examen de la pièce. — L'utérus est du volume de deux poings. Des fibromes au nombre de quatre, font saillie sur la paroi postérieure, ils ont chacun le volume d'une grosse noix. A la section de l'utérus, on voit une cavité anfractueuse, de la dimension d'un œuf de poule, creusée aux dépens de la paroi postérieure. Cette cavité anfractueuse, irrégulière, traversée par des faisceaux de fibres à demi désagrégées, contient une certaine quantité de détritus rougeâtres, semi-liquides et très fétides. La région cervicale est irrégulière du côté de la muqueuse. Le col lui-même paraît sain.

Examen histologique. — Il a été pratiqué par M. Landel, chef de laboratoire de M. Quenu, à l'hôpital Cochin. Il est nécessaire de multiplier les coupes pour se rendre un compte exact de la nature des éléments que l'on observe au niveau des masses fibromyomateuses gangrénées attenant à la cavité utérine. Ordinairement, on observe vers la base de ces masses le tissu fibromyomateux ordinaire; vers leur sommet on voit des travées fibro-conjonctives ou des bandes de fibres musculaires lisses dissociées par des éléments cellulaires très nombreux de toutes formes et de toutes dimensions.

Mais au voisinage de la muqueuse parfaitement reconnaissable bien qu'altérée par la gangrène, on observe des boyaux cellulaires tout à fait différents par leurs éléments du stroma conjonctif de la muqueuse voisine. Ils sont formés de grosses cellules à noyaux volumineux, irréguliers, bourgeonnant plus ou moins. On trouve partout une karyokinèse abondante et anormale.

Tous ces caractères sont ceux d'un carcinome diffus. En certains points ces cellules par leur forme, par leur disposition et leur orientation, présentent des particularités qui permettent d'affirmer leur origine cylindrique. Ce sont ces éléments épithéliaux qui se retrouvent mêlés à des leucocytes dans les mailles du tissu fibromyomateux dissocié dont nous avons parlé plus haut.

Nous sommes donc en présence d'un carcinome de la muqueuse du corps utérin développé sur un utérus fibromyomateux et s'accompagnant de gangrène.

Obs. XXI. — (Faucon 1898)

Fibromes interstitiels et cancer du corps de l'utérus. — Hystérectomie abdominale totale. — Mort (1)

M[lle] B... 56 ans, cuisinière, sans antécédents morbides personnels ou héréditaires : réglée à 16 ans, toujours d'une façon régulière. Ménaupose à 49 ans. Pas d'enfants.

Femme douée d'un embonpoint marqué, teint jamais coloré, à l'heure actuelle pâle, un peu jaunâtre. Depuis quelques années marche pénible à cause d'essoufflement rapide. Depuis la même époque mange moins bien, est habituellement constipée. Miction fréquente. Ni sucre, ni albumine.

Depuis 8 mois, souffre de temps en temps dans le bas-ventre, voit reparaître ses règles d'une façon régulière au point de vue de la périodicité. L'écoulement sanguin abondant, dure tantôt 3 ou 4 jours, tantôt même pendant une dizaine de jours. Dans l'intervalle, écoulement vaginal leucorrhéique qui depuis 3 mois a pris une odeur désagréable.

Examen. — Palpation abdominale : à travers la paroi qui est surchargée de graisse, on sent une masse globuleuse, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pubis, mobile douloureuse à la pression, de consistance dure régulière. Au toucher vaginal, col petit, en avant duquel on sent deux petits fibromes. Utérus fibromateux du volume d'une tête de fœtus. Rien dans les culs-de-sac.

Spéculum. — Col de nullipare, ne présentant rien de spécial à noter. A travers l'orifice, on voit sourdre un liquide épais noirâtre et odorant.

Diagnostic. — Fibrome suppuré ou en voie de dégénérescence.

Opération. — Hystérectomie abdominale totale le 23 avril 1898 Laparotomie. Section des ligaments larges entre 2 pinces clamps ; dissection d'un lambeau péritonéal antérieur et postérieur. Pincement et ligature des artères utérines ; section du vagin à son insertion au pourtour du col, suture de la brèche vaginale et des lambeaux péritonéaux. Opération facile, durée 55 minutes.

Suites opératoires. La température n'atteint pas 37°5 et le pouls ne dépasse pas 88, pendant les 4 jours qui suivent l'opération.

Aucun phénomène abdominal, la malade est purgée le 25 avril et des selles normales sont obtenues.

(1) Thèse de Verstraete 1899 p. 121.

Le 26, légère élévation thermique, le matin 37°8 le soir 37°9. Le pouls reste à 92 pendant toute la journée, la nuit est moins bonne. Il y a un peu d'insomnie avec rêves.

Le 27 au matin, langue un peu saburrale T. 37°8. P. 92.

Brusquement, vers 4 heures de l'après-midi, l'opérée est prise de phénomènes aigus de congestion pulmonaire ; dyspnée, refroidissement, lèvres cyanosées, pouls petit filiforme et succombe à 8 heures en pleine connaissance malgré une médication appropriée.

Examen des pièces, — Utérus fibromateux, gros fibrome de la paroi antérieure de l'utérus du volume d'une tête de fœtus, petits fibromes sous-péritonéaux du segment inférieur; col petit de vierge.

A l'ouverture, cancer du corps limité à la muqueuse du fond reconnu à l'examen histologique fait par M. le professeur Augier.

Obs. XXII. — (Demons 1898)

Fibrome et cancer du corps. — Hystérectomie vaginale impossible. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison (1)

Aug. C... 63 ans, entre dans le service de M. le professeur Demons le 28 avril 1898, pour des pertes hémorrhagiques peu abondantes, mais continues depuis un an environ.

Pas d'antécédents morbides héréditaires.

Réglée à 14 ans; à 56 ans ménopause.

Règles toujours normales, sauf pendant les 5 dernières années de 50 à 55 ans, où elles sont devenues un peu irrégulières, 4 grossesses, dont 3 fausses couches.

Pendant 6 ans, pas de trouble fonctionnel, ni de douleur. L'année dernière, hémorragies très abondantes qui durèrent un mois. Dans la nuit, à des époques très irrégulières, la malade a eu des suintements sanguins, plutôt que de vraies hémorragies sans aucune fétidité.

Elle ressent de plus quelques douleurs lombaires.

Son état général est excellent, elle n'a ni maigri ni perdu ses forces.

Le palper abdominal est gêné par la surchage graisseuse de la paroi et ne fournit aucun renseignement. La pression au-dessus du pubis n'est pas douloureuse. Le vagin est légèrement ramolli. Le

(1) De Boucaud. Thèse Bordeaux 1898 p. 65. Thèse de Verstraerte p. 122.

col est situé très haut et un peu à droite de la ligne médiane. Il est un peu entr'ouvert, tout petit et libre sur tout son pourtour.

Les culs-de-sac antérieur et latéraux sont libres, mais on sent bomber dans le cul-de-sac postérieur une masse très dure, de forme régulière qui soulève la paroi recto-vaginale.

Elle fait corps avec l'utérus qui, dans son ensemble, ne parait pas fixé.

L'hystérométrie donne 12 centimètres. L'examen des différents appareils reste négatif. Il existe dans les urines de légères traces d'albumine.

Diagnostic. Fibrome utérin en dégénérescence sarcomateuse ou cancer du corps.

Opération le 21 avril 1898 (Pr Demons). Hystérectomie vaginale.

Incision circulaire du col ; dissection de l'utérus au niveau du cul-de-sac antérieur et postérieur jusqu'au péritoine. Incision médiane de Doyen. L'utérus attiré avec des pinces de Museux, reste solidement fixé et ne descend pas. Il est impossible de le faire basculer sur le champ. Laparotomie. On enlève l'utérus et les annexes par une hystérectomie abdominale totale ; le corps est volumineux. Tout le fond de la cavité utérine est rempli par une masse bourgeonnante d'aspect sarcomateux. Dans le segment inférieur de l'utérus est développé un fibrome calcifié du volume d'une grosse orange. A son niveau, la muqueuse utérine ne présente pas à l'œil nu des lésions appréciables.

L'examen histologique pratiqué par M. le Pr agrégé Sabrazès, a montré que les bourgeons cancéreux du fond de l'organe étaient constitués par des tubes enchevêtrés d'épithélioma cylindrique. La paroi utérine est tapissée par un épithélium tubulé cylindrique à tubes atypiques (épithélium malin). La tumeur du segment inférieur de l'utérus est purement fibromateuse.

La malade guérit.

Obs. XXIII

Cancer du corps avec petit fibrome. — Hystérectomie vaginale (1).

Mme D..., 60 ans. Ménopause à 54 ans. Aucun passé génital.

Il y a 6 mois, apparition de coliques violentes avec douleurs lombaires intenses. En même temps, métrorragies presque con-

(1) *Thèse de Bigeard*, Paris, 1899. p. 245.

tinuelles et dans l'intervalle, pertes séro-sanguinolentes fétides.

Le 3 juin 1890, M. Segond lui fait un curettage explorateur. Les débris examinés par M. Cornil lui permettent de conclure à l'épithélioma.

Hystérectomie vaginale le 6 juin 1890. Cancer du corps avec petit fibrome du volume d'un œuf, situé dans la paroi postérieure. Les annexes ne sont pas enlevées.

Escarre sacrée au 18e jour. La malade fut revue d'abord six mois après, puis en février 1894 dans un état de santé parfaite, c'est-à-dire 4 ans et 4 mois après l'opération.

Obs. XXIV

Cancer du corps avec petits fibromes interstitiels. — Hystérectomie vaginale. — Mort par urémie le 5e jour (1)

Mme B..., 54 ans. II pare. Ménopause à 50 ans. A ce moment elle eut de l'albumine et des troubles cardiaques. Depuis deux ans, métrorragies quotidiennes peu abondantes et douleurs abdominales et lombaires prédominantes à gauche. En août 1893, son état s'aggrave, les pertes et les douleurs augmentent d'intensité ; elles sont continues, avec des crises paroxystiques tellement violentes qu'elles lui arrachent des cris.

Le 1er décembre 1893, M. Segond fait un curettage sans chloroforme à cause des troubles cardiaques.

La malade n'est pas améliorée, un traitement prolongé donne les mêmes résultats.

A son entrée à Baudelocque, on constate que son cœur est gros, mais on ne trouve pas de souffles ni d'albumine dans l'urine. La malade se plaint pourtant de palpitations et de douleurs précordiales.

A l'examen, on sent le col entr'ouvert largement, il admet l'index, l'utérus est gros, il mesure 8 centimètres et demi, il est en rétroversion adhérente.

Hystérectomie vaginale le 18 avril 1894. Curettage préalable. L'hystérectomie est rendue difficile par suite de la très grande friabilité de l'utérus, création et ablation de 2 valves cervicales. Hémisection antérieure, ablation totale de l'utérus et des annexes. Durée : 20 minutes.

(1) Thèse Bigeard, 1899, p. 208.

Les annexes sont saines, l'utérus est gros, il pèse 160 grammes, il est farci de petits fibromes interstitiels du volume d'une noisette. La muqueuse du corps est le siège de végétations néoplasiques.

Résultat. Elle meurt le 5e jour avec des phénomènes urémiques, dyspnée, douleurs précordiales et anurie complète.

Obs. XXV. — (Duret)

Fibromyomes et cancer du corps de l'utérus. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

Observation recueillie par M. Vestraete, interne du service (1).

Pl. E..., cuisinière, 49 ans, entre dans le service de chirurgie de l'hôpital la Charité, le 20 novembre 1897.

Dans ses antécédents héréditaires, rien de bien intéressant à signaler : son père et sa mère sont morts dans un âge assez avancé, l'un subitement, l'autre dans un accident, ses frères et sœurs sont bien portants. Dans ses antécédents personnels, nous relevons une fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans.

Réglée pour la première fois à 16 ans, elle l'a toujours été à peu près régulièrement, mais ses règles étaient douloureuses et abondantes. Elles ont cessé vers l'âge de 45 ans. La malade n'a pas eu d'enfants.

Depuis 6 ou 7 mois et principalement depuis 2 mois elle souffre d'une façon presque continue de douleurs hypogastriques. Il y a quelques semaines, à ces douleurs continues, se sont ajoutées de véritables crises qui reviennent à peu près tous les jours et l'obligent à s'aliter pendant plusieurs heures. Au cours de ces crises, les douleurs s'irradient de la région hypogastrique dans les lombes et dans les cuisses.

La miction est douloureuse, au commencement et souvent aussi à la fin ; elle est fréquente au point de se répéter une dizaine de fois pendant le jour, et de trois à sept fois pendant la nuit. Les urines sont claires et leur quantité est normale.

La constipation est habituelle. Facies anémique, faiblesse générale très marquée. A l'examen direct, le palper abdominal ne donne aucun renseignement. Le palper bimanuel indique que le col de l'utérus est très fort en arrière, le corps au contraire, est complètement renversé en avant, mais sa face antérieure se continue directement avec celle du col sans sillon de flexion. Le corps est dur, bosselé en avant, fibromateux.

(1) Sem. gy. 1898, p. 285 et 405. Thèse Verstraete, p. 115.

Opération le 24 novembre 1897. — Hystérectomie abdominale totale faite par M. Duret. La résistance des parois abdominales qu'explique la nulliparité de la malade, rend l'opération un peu laborieuse. L'utérus fibromateux est difficilement amené hors du ventre; on le libère en partie par la section de la moitié supérieure des ligaments larges. On taille un lambeau péritonéal à la face antérieure de l'utérus, la vessie est décollée jusqu'au niveau du cul-de-sac vaginal antérieur; il est impossible d'atteindre le cul-de-sac postérieur qui est trop profond; la séreuse de la face postérieure de l'utérus est d'ailleurs soulevée par une série de granulations fibreuses et on ne peut songer à s'en servir pour tailler un lambeau postérieur. On ponctionne le cul-de-sac vaginal antérieur qui est très bas situé; le vagin est alors désinséré, à gauche et à droite, de sa face muqueuse vers le ligament large et celui-ci sectionné de bas en haut; la désinfection du vagin est achevée au niveau du cul-de-sac postérieur.

Ligature au ras du col, à la soie, des artères utérines et utéro-ovariennes. Suture du vagin, à l'aide d'un surjet à la soie; par dessus, suture péritonécale au catgut, continuée sur les ligaments larges. Drainage du cul-de-sac de Douglas.

Suture à trois plans de la paroi abdominale.

Les suites opératoires sont bonnes. La malade ne reprend cependant ses forces que lentement, elle sort guérie, le 4 janvier 1898.

Examen des pièces. — L'utérus, gros comme le poing, présente dans son épaisseur de nombreux fibromes plus ou moins saillants à sa surface. A la section, ses parois sont très hypertrophiées, mais ce qui frappe surtout, c'est l'épaississement de la muqueuse du corps utérin, qui atteint 3 à 4 millimètres, et sa coloration jaune verdâtre. Cette muqueuse se détache assez facilement avec le bistouri. On pense immédiatement à une dégénérescence cancéreuse de la muqueuse du corps utérin.

A un examen attentif, on constate que cette dégénérescence a envahi tout le corps utérin, infiltrant et hypertrophiant la paroi, dessinant jusque sous la séreuse des saillies qu'on pouvait croire occasionnées par des fibromes. Au sein de cette masse, formée d'un tissu grisâtre, mou, friable, se détachent nettement deux fibromes, du volume d'une noix qui se distinguent par leur coloration plus blanchâtre, leur consistance plus ferme, la disposition de leurs faisceaux musculaires et surtout par leur coque nettement isolée. A l'œil nu, il est facile de se rendre compte que la dégénérescence cancéreuse a respecté la barrière formée par cette coque et s'est détournée des fibromes.

Examen microscopique. Une coupe portant sur une portion de la paroi utérine qui confine le néoplasme développé dans la cavité montre les particularités suivantes :

Du côté de la cavité utérine, on trouve des amas cellulaires très irréguliers et très volumineux, séparés par de minces travées de fibres musculaires lisses ; ces amas cellulaires sont formés de cellules épithéliales polyédriques pour la plupart et irrégulières ; l'arrangement glandulaire ne se retrouve que très exceptionnellement dans ces amas épithéliaux. On rencontre cependant dans quelques points des cellules circonscrivant des cavités arrondies, analogues à des lumières glandulaires.

Dans d'autres points, à la périphérie de ces amas, les cellules sont disposées sous forme d'un revêtement régulier, constituant une bordure en palissade, à mesure qu'on examine la coupe vers la surface externe de l'utérus, on constate que les amas diminuent graduellement de dimension et de nombre.

On trouve alors les faisceaux musculaires entrecroisés de la paroi utérine et de nombreux vaisseaux ; des veines et des capillaires dans lesquels on remarque des bouchons épithéliaux oblitérant presque complètement la cavité des vaisseaux. Ces amas se retrouvent jusque dans de tout petits vaisseaux capillaires sous-péritonéaux. Mélangés à ces bouchons épithéliaux intra-vasculaires, on trouve des globules blancs et des amas granuleux.

Obs. XXVI. — (MM. Jayle et Bender).

Epithélioma du corps de l'utérus avec petits fibromes. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison (1).

Il s'agit d'une malade âgée de 61 ans, sans profession, entrée dans le service de M. Pozzi, à l'hôpital Broca, le 1er février 1902, au n° 61 de la salle Huguier.

La malade a été réglée à 13 ans 1/2. Les règles ont toujours été tout à fait régulières et indolentes ; elles étaient très abondantes surtout pendant les 3 ou 4 premiers jours et duraient environ une semaine. La ménopause est survenue à 57 ans et a été suivie de troubles congestifs intenses ; dans les quelques mois qui l'ont précédée, les règles se sont accompagnées de douleurs lombaires.

On ne relève aucun antécédent pathologique.

(1) Société anatomique, 1902, p. 282.

La malade a eu trois grossesses avec accouchement normal et suites normales. Elle a fait une fausse couche à 19 ans sans accidents consécutifs.

Le début de la maladie actuelle remonte à un an. Tous les jours à une heure assez fixe, survenaient dans le ventre quelques douleurs pendant dix à quinze minutes ; ces douleurs ont augmenté le dernier mois et se sont particulièrement localisées au bas-ventre, s'accompagnant d'irradiations lombaires et crurales.

Depuis un an, tous les 2 ou 3 mois, paraissent des pertes de sang très abondantes, avec caillots, pendant un jour. Depuis novembre existent des pertes vaginales quotidiennes, caractérisées par un liquide brun rose, mêlé de sang ou de pus, extrêmement fétide. Depuis une quinzaine de jours environ, les douleurs ont beaucoup augmenté d'intensité. La malade a du garder cette semaine le repos au lit et s'est décidée à entrer à l'hôpital le 1er février. L'amaigrissement est très notable. Pas de troubles urinaires.

A l'examen, on trouve un utérus volumineux, dont le fond remonte à 3 trauers de doigt au-dessus du pubis. Sa surface est irrégulière, présentant par places des bosselures nettement décélables par le palper bimanuel. Il est de consistance uniformément dure, mobile. Le col n'est pas ulcéré, les culs-de-sac sont absolument libres. Les annexes ne sont pas augmentées de volume, elles ne sont pas douloureuses.

En somme, les signes physiques sont ceux d'un fibrome de l'utérus ; mais, en nous basant sur la présence de l'écoulement sanieux et fétide, sur l'existence des douleurs abdominales et sur le fait que la malade a beaucoup maigri, depuis deux mois nous avons porté le diagnostic de cancer du corps de l'utérus, développé vraisemblablement sur un utérus fibromateux.

Opération. L'opération est pratiquée le 4 février 1902, par M. Jayle. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; l'utérus apparaît globuleux, irrégulier volumineux avec de petits noyaux fibreux superficiels. On pratique l'hystérectomie abdominale totale suivant notre règle ordinaire, mais au dernier moment en taillant une colorette vaginale, un coup de ciseau coupe le col transversalement et le moignon restant doit être enlevé séparément. Cette fausse manœuvre, d'ailleurs sans importance, a été due à ce que l'utérus était impossible à attirer dans la plaie. par suite de la rétraction des ligaments larges. et du vagin. Les trompes étaient saines, les ovaires scléro-kystiques peu volumineux ; nous en avons pratiqué l'ablation, de propos délibéré en raison de notre diagnostic de cancer utérin. Après péritonéoplastie pelvienne, un

drainage vaginal fut établi et la paroi fut refermée par une suture à 3 plans.

Suites. Les suites ont été simples. La malade est sortie complètement guérie du service le 23 février 1902.

Examen macroscopique de l'utérus. L'utérus ainsi enlevé présentait macroscopiquement l'aspect d'un utérus polyfibromateux, il existait un certain nombre de noyaux sous-péritoneaux sessiles et la paroi utérine était soulevée en quelques points par des noyaux fibreux interstitiels. A la coupe, la cavité corporelle de l'uterus était tout entière hérissée de végétations manifestement néoplasiques soulevés ça et là par qnelques noyaux fibreux sous-muqueux. Ces végétations de consistance molle et friable, de couleur gris-rosé étaient particulièrement abondantes au niveau du fond de l'utérus ; elles formaient une couche assez mince au niveau des noyaux fibreux ; dans leur intervalle, au contraire, la masse épithéliale était plus épaisse, plus végétante. Les végétations étaient assez riches en suc. Le processus néoplasique était strictement limité au corps utérin. La muqueuse cervicale était saine.

Examen histologique. — L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma qui, d'une part, à bourgeonné vers la cavité utérine, et d'autre part s'est enfoncé dans la profondeur de la paroi musculaire.

Les végétations sont constituées par des amas irréguliers de cellules cylindro-cubiques à protoplasme abondant, clair et transparent, à noyau arrondi ou ovalaire. On y voit un grand nombre de figures de karyokinèse. Ces cellules sont englobées par un stroma conjonctif, très peu abondant embryonnaire, infiltré de sérosité, dans lequel on trouve un grand nombre de leucocytes, mais peu de vaisseaux. Ces vaisseaux sont des capillaires embryonnaires, gorgés de sang ; en quelques points, ces capillaires se sont rompus et il s'est fait de petits foyers hémorragiques interstitiels.

Les végétations reposent sur des masses épithéliales plus compactes, plus serrées, offrant une disposition tubulée ou lobulée et noyées dans un stroma conjonctif plus dense, fibrillaire, présentant un assez grand nombre de cellules et des vaisseaux plus nombreux, plus gros, à parois plus épaisses ; les cellules cylindriques sont devenues polyédriques par pression réciproque.

Ces masses épithéliales émettent des prolongements qui s'enfoncent profondément dans la musculeuse sous-jacente. Autour des noyaux néoplasiques existe une infiltration embryonnaire très marquée. En quelques points, on retrouve des culs-de-sac glandulaires restés normaux ou dilatés. En d'autres points, on peut voir

la prolifération épithéliale se faire très nettement aux dépens de l'épithélium de révêtement des culs-de-sac glandulaires. Les figures de karyokinèse sont ici particulièrement abondantes. On a fait l'examen d'un fragment de la muqueuse du canal cervical ; on n'y a relevé aucun caractère anormal.

Obs. XXVII. — (Dr Croisier et Dr Ansaloni) (de Blois).

Epithélioma du corps de l'utérus greffé à la base d'un polype fibreux intra-utérin (1).

Il s'agit d'une malade qui a commencé à ressentir les premiers symptômes de son mal, en mai dernier (1903). Le premier signe fut une prolongation anormale des règles qui s'accompagnèrent de rejet de caillots.

Tous les mois de juin, juillet et août, les règles furent de plus en plus abondantes et prolongées avec caillots. Elles se mirent à avancer de trois à quatre jours chaque fois.

Le 28 septembre, les règles sont plus abondantes encore que de coutume et continuaient encore quand, le mois d'octobre, se produisit une hémorragie beaucoup plus forte.

L'un de nous, appelé dans la nuit, trouve la malade avec des tendances syncopales et se voit dans la nécessité de pratiquer un tamponnement, tous les autres moyens ayant échoué.

Le tamponnement ainsi fait est retiré dans la soirée du 4, après vingt heures d'application. L'hémorragie reparaît et immédiatement un nouveau tamponnement est pratiqué.

Pendant les quelques instants où la malade reste sans tampon, on pratique un examen gynécologique complet. Au spéculum on voit, entre les deux lèvres du col, sortir un polype que l'on contourne avec l'extrémité d'une sonde cannelée et qui, par conséquent, vient de plus haut, du fond de l'utérus probablement.

Ce polype qui paraît gros comme une noisette, nous semble être la cause des hémorragies à répétition et nous décidons d'en pratiquer l'ablation le surlendemain, pensant l'avoir facilement après dilatation utérine.

Donc jusqu'ici, notre malade présente les symptômes classiques du fibrome. Son âge, 39 ans, est en faveur de ce diagnostic. Les ménorragies précèdent les métrorragies. Et enfin l'on constate très nettement à la vue et au doigt l'existence d'un polype intra-utérin.

(1) Annales médico-chirurgicales du Centre p. 186.

Le jour de l'opération arrivé, nous remarquons que le col s'est complètement refermé et le polype ne fait plus saillie. Nous dilatons l'utérus, pratiquons le toucher intra-utérin, sentons le polype très haut, implanté avec une base très large sur le fond et la paroi postérieure de l'utérus. Il est impossible de l'accrocher avec une pince et, du reste, ces tentatives faites à l'aveugle ne doivent pas être prolongées.

La malade est reportée dans son lit et notre opinion est faite qu'il faudra, dans quelques jours lui pratiquer l'hystérectomie.

Quelques débris de muqueuse ramenés avec la pince sont envoyés à l'examen histologique. Cet examen est pratiqué par le Dr Marchand, médecin adjoint de l'Asile d'aliénés, et ancien élève de l'Institut Pasteur.

La réponse est : Epithélioma cylindrique.

Nous avons d'autre part, été frappés, en retirant les tamponnements successifs de l'odeur presque caractéristique du cancer qu'exhalait cette malade.

Nous voici donc avec deux diagnostics se combattant ; l'un constaté à l'œil et au doigt : polype ; l'autre constaté au microscope : épithélioma.

Nous décidons de pratiquer l'hystérectomie abdominale. La ferons-nous totale ou subtotale ? Cela dépendra de ce que nous trouverons en opérant.

La malade continuant à perdre, l'hystérectomie est faite au bout de quatre jours.

Au cours de cette opération, on trouve un utérus volumineux gros comme le poing environ. Toutes les ligatures étant faites, et pour pratiquer l'hystérectomie totale par le procédé de Richelot qui se débarrasse du corps utérin d'abord et enlève ensuite le col de deux coups de ciseaux, l'utérus est sectionné un peu au-dessus de l'insertion vaginale. Pendant cette section, le polype, celui que nous avions vu précédemment et très facilement reconnaissable est trouvé dans la cavité utérine, gros comme une noix et appendu à la paroi postérieure et au fond de l'utérus. Le pédicule est assez large et gros comme l'index et va en s'élargissant vers sa base d'implantation.

Que faire ? Le diagnostic de polype et d'hémorragie par le polype nous paraît extrêmement évident. D'autre part, l'examen histologique a été pratiqué avec des débris extrêmement petits et une muqueuse atteinte de métrite chronique donne presque l'aspect de l'épithélioma. Comme d'autre part l'ablation du col prolonge l'opération et expose la malade déjà si faible à quelque hé-

morragie de la tranche vaginale et à l'infection ascendante par le vagin, nous nous abstenons d'enlever le col. Nous l'évidons largement au thermo-cautère et quand il n'en reste plus qu'une coque, nous faisons un surjet supprimant toute communication vaginale.

Drainage et suture pariétale.

La malade guérit en apyrexie complète et sort en état excellent le 10 novembre, un mois juste après l'hystérectomie. Elle se sent assez forte pour entreprendre le voyage de Blois à Rennes. Son état général est certainement très satisfaisant ; plus de pertes d'aucune sorte.

L'utérus est renvoyé à l'examen histologique, après qu'on l'eut ouvert pour un examen macroscopique qui nous permit de constater une épaisseur anormale de la muqueuse très tomenteuse, particulièrement au fond et au voisinage du point d'implantation du polype et aussi par plaques disséminées sur toute la paroi utérine. L'examen histologique a répondu : Epithélioma cylindrique tout autour du point d'implantation du polype et sur les plaques disséminées dans l'utérus.

L'utérus présente deux points intéressants :

1° Une tumeur sphérique, lisse, dure, blanc jaunâtre, de la grosseur d'un œuf de pigeon, située au fond de l'utérus et faisant saillie à la surface interne. La tumeur était pédiculée au niveau du pédicule, on remarque plusieurs petits nodules de la grosseur d'un pois et formés du même tissu que la grosse tumeur. Le tissu crie sous le scalpel. Sur une coupe, on remarque un tissu lardacé, homogène, formé de faisceaux de fibres enchevêtrées.

Au point de vue histologique, la tumeur est formée de tissu conjonctif jeune et de nombreuses fibrilles, comprenant par places des fibres musculaires lisses.

Le tissu conjonctif est beaucoup plus abondant que le tissu musculaire ce qui explique la grande dureté de la tumeur, En résumé, fibro-myome multinodulaire.

2° Au niveau du pédicule de la tumeur décrite ci-dessus, la muqueuse est bourgeonnante, épaisse et ulcérée. Sur une coupe, on ne voit aucune ligne de démarcation entre la muqueuse et le tissu musculaire.

L'examen histologique démontre que la muqueuse est le siège d'un épithélioma cylindrique. De nombreux tubes épithéliaux pénètrent le tissu musculaire sous-jaçent. Le derme ne présente aucune ligne nette. L'infiltration cancéreuse est diffuse et étendue. On trouve par places de nombreuses cellules rondes embryonnaires ; elles sont surtout localisées autour des vaisseaux, cette

inflammation montre qu'il existait de l'endométrite ce qui a peut-être contribué au développement du néoplasme. La malade a guéri merveilleusement et a retrouvé sa santé pleine et entière.

Obs. XXVIII. — (Guermonprez) (1892).

Fibromyomes de l'utérus. — Hystérectomie abdominale totale. — L'examen de la pièce montre qu'il y a en même temps cancer cavitaire. — Mort (1).

Sophie D..., institutrice, 45 ans, célibataire, nullipare.

Réglée à 14 ans, perd du sang périodiquement à des intervalles variables de 3 à 4 semaines ; elle n'a jamais eu de douleurs, pas même de sensation de courbure lombaire.

Vers l'âge de 22 ans, deux époques se passent sans aucune perte de sang ; puis commencent des pertes qui n'ont plus aucun caractère périodique, qui sont continuellement formées de sang pur, tantôt liquide, tantôt coagulé, parfois tellement copieuses qu'elles en deviennent inquiétantes.

Pas de gêne pour la défécation, miction très fréquente.

L'ergotine employée sous diverses formes n'amène aucune amélioration. En juin 1891, enlèvement d'un polype du volume d'une noisette à l'écraseur linéaire. En décembre de la même année, curettage.

Malgré ces interventions, la situation ne s'améliore pas.

En février 1892, M. le professeur Guermonprez constate à la palpation abdominale dans l'hypogastre une tumeur sphéroïdale du volume d'une grosse pomme, d'une consistance ligneuse, d'une surface lisse.

Cette tumeur est peu sensible à la pression, quelque peu mobilisable de gauche à droite ; mais quand elle est laissée à elle-même, elle se place non pas seulement sous la ligne blanche, mais un peu à gauche de celle-ci. Il est assez facile de contourner la tumeur dans ses portions latérales, mais on ne peut parvenir derrière celle-ci, tant à cause de la rigidité de la paroi qu'à cause de son épaisseur.

Le toucher vaginal conduit directement sur une tumeur dure du volume d'une mandarine, d'une forme sphéroïdale et dont le siège est manifestement en arrière de la vessie. Il faut, en effet, explorer

(1) Duval. — L'hystérectomie abdominale totale pour fibromyomes utérins.— Thèse Paris 1892. — Thèse Verstraete, page 108.

la surface de la tumeur et même franchir celle-ci pour atteindre le col utérin ; on reconnaît celui-ci sur la ligne médiane, bien qu'il soit complètement effacé ou plutôt confondu avec la tumeur elle-même, qui s'est développée dans la lèvre antérieure du museau de tanche. Le doigt pénètre dans le col, reconnaît la lèvre postérieure amincie et de consistance normale ; puis, partant de ce point de repère, vérifie que la lèvre antérieure est confondue avec la tumeur elle-même qui s'est incontestablement développée dans l'intérieur de son tissu. La surface interne du col utérin est molle, fongueuse, saigneuse surtout en avant ; sa forme est modifiée par le développement du fibrome de la lèvre antérieure ; il en résulte que la coupe de la cavité cervicale donnerait la configuration d'un croissant ouvert en avant.

Les culs-de-sac latéraux sont libres ainsi que le postérieur. Le toucher rectal confirme les données du toucher vaginal sans y ajouter de document notable.

La palpation du ventre, pratiquée dans l'attitude génu-pectorale ne fournit aucun renseignement qui mérite d'être signalé.

L'hystéromètre se dirige spontanément vers le côté gauche de la malade et il n'est pas mobile. Il ne pénètre guère qu'à six et demi ou sept centimètres.

Diagnostic.— Fibromyomes multiples dont le principal est développé sous le péritoine et un peu vers la gauche de la face antérieure de l'utérus, tandis qu'un autre moins important, siège dans la lèvre antérieure du museau de tanche.

La malade est revue le 9 avril : la tumeur plus superficielle et plus volumineuse arrive à deux doigts de l'ombilic ; mêmes constatations au toucher vaginal.

Cette exploration, bien que pratiquée avec douceur, détermine cependant une nouvelle et notable hémorragie. Le doigt imprégné de ces liquides ne présente pas d'odeur vraiment fétide. Jamais on n'a constaté de fétidité des pertes comparables à celles du cancer.

Cathétérisme vésical très difficile. La malade est amaigrie et pâle, mais sans aucune teinte jaune.

Hystérectomie abdominale totale (1) le 21 avril 1892 à la maison Saint-Raphaël.

Laparotomie. — On amène facilement la tumeur au dehors, section de la partie supérieure des ligaments larges entre deux pinces. Incision du pli péritonéal vésico-utérin et dégagement de la vessie.

(1) Guermonprez. Documents sur l'hyst. abd. tot. pour fibromyomes utérins. Paris et Lille, p. 52, par le procédé Guermonprez. (Bull. ac. de méd. 1891 et loc. citat. p. 152.

Transfixion médiane et antéro-postérieure des parois vaginales avec une sonde cannelée spéciale.

Par la boutonnière ainsi faite, application de deux pinces clamps saisissant la moitié droite et la moitié gauche du dôme vaginal. On sectionne le vagin au-dessus de ces pinces et la tumeur est enlevée. Hémostase laborieuse à cause de la friabilité spéciale des tissus.

Suites opératoires d'abord excellentes, puis phénomènes méningitiques et mort le 30 avril. Pas d'autopsie.

L'examen des pièces montre un utérus fibromateux (fibromes interstitiels généralisés et myomes sous-séreux de la corne utérine gauche) avec cancer cavitaire de l'organe, ce qui explique la friabilité spéciale des tissus voisins du dôme vaginal et la difficulté de poser des ligatures à ce niveau.

Obs. XXIX. — (MM. le Dr Castaing, chef de clinique chirurgicale et Dargein, interne des Hôpitaux) (1).

Epithélioma du corps utérin et fibrome. — Laparotomie exploratrice. — Eviscération post-opératoire (1).

Il s'agit d'une femme de 57 ans, entrée dans le service de notre maître M. le professeur Jeannel et opérée par lui dans le mois de novembre 1901.

Cette malade n'a, dans ses antécédents généraux, rien d'intéressant à signaler.

Au point de vue génital; réglée à 16 ans normalement, elle s'est mariée à 31 ans et a eu une grossesse normale un an après; l'accouchement s'est fait sans incidents. Aucun trouble génital jusqu'à sa ménopause qui a eu lieu à 52 ans sans trouble aucun.

Au bout d'un an environ, c'est-à-dire il y a cinq ans, la malade vit réapparaître des pertes de sang peu abondantes, mais à peu près constantes pendant dix-huit mois ; dans l'intervalle des pertes rouges, il existait des pertes blanches non odorantes, empesant le linge. Mais la malade ne ressentait aucune douleur, pas de pesanteur dans la région hypogastrique ou dans la région lombaire et elle n'ajoutait que peu d'importance à ces pertes qu'elle qualifiait de « retour d'âge ».

(1) Echo médical de Toulouse, 1902, p. 199.

Cependant, il y a six mois, deux métrorragies abondantes survenant à quinze jours de distance, vinrent lui donner l'éveil.

D'autres pertes abondantes survinrent moins violentes cependant que les deux premières réapparaissant tous les vingt à trente jours mais diminuant d'intensité jusqu'à l'époque actuelle.

Dans l'intervalle de ces métrorragies, survenaient des pertes blanches ou des pertes rosées, n'ayant aucune odeur.

Depuis deux mois, ont apparu des douleurs vives, lancinantes, passagères, au niveau de l'émergence du sciatique et dans les environs de l'épine iliaque antéro-supérieure. Quelques douleurs lancinantes très passagères dans la région lombaire. Mictions de plus en plus fréquentes, mais non douloureuses. Quelques troubles digestifs, mais pas de constipation.

La malade accuse un léger amaigrissement depuis cinq à six mois, elle n'a cependant point l'aspect cachectique.

A l'examen, on constatait, dépassant la symphyse pubienne de trois à quatre centimètres, une tumeur dure, de consistance solide, assez mobile dans le sens transversal, non douloureuse à la palpation située sur la ligne médiane.

Dans la fosse iliaque gauche, une petite tumeur adhérant à la première par un pédicule assez long et se logeant en arrière de la branche horizontale du pubis.

Le toucher vaginal décelait avec un col d'aspect et de consistance normales, une rétroversion et l'existence dans les culs-de-sac latéral gauche et postérieur d'une tumeur peu mobile, mais mobilisable non douloureuse, paraissant être fixée au cul-de-sac de Douglas par d'épaisses adhérences un peu dures et irrégulières.

Le diagnostic hésitait entre fibrome et néoplasme du corps de l'utérus. Cependant, l'intégrité complete des ligaments larges pour une tumeur relativement assez volumineuse, la présence de cette petite tumeur d'aspect fibreux, située sur la face antérieure de l'utérus, firent pencher le diagnostic du côté de fibrome.

L'intervention démontra que les deux hypothèses étaient également vraies. Il existait bien un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus à pédicule mince et qui fut extrait par simple section du pédicule ; mais le cul-de-sac de Douglas était rempli de granulations néoplasiques qui ne pouvaient que conseiller de laisser à la laparotomie un caractère simplement explorateur.

Le ventre fut donc refermé à la manière habituelle, par trois plans de sutures. Deux surjets interrompus au catgut l'un pour le péritoine, l'autre pour le plan musculaire.

Le plan cutané fut fait aux agrafes de Michel.

Les suites opératoires furent excellentes les premiers jours, et les points furent comme d'habitude enlevés au septième jour, la suture paraissait être absolument solide.

Dans la nuit qui suivit l'enlèvement des points, la malade qui était du reste d'un caractère bizarre et indocile se remua beaucoup dans son lit, par suite de malaises vagues ; elle desserra même son bandage de corps qui la gênait.

Le lendemain matin, en défaisant le pansement pour resserrer le bandage, M. Boyreau, externe du service, aperçut sous la gaze, la masse intestinale étalée sur la paroi abdominale, sans y toucher davantage, il recouvrit le tout de pansements aseptiques et la malade fut immédiatement transportée à la salle d'opérations. La suture avait entièrement lâché, et la plus grande partie de la masse intestinale faisait issue par la plaie et s'étalait sur la paroi abdominale, par suite des efforts et des poussées constantes de la malade. Avec toutes les précautions nécessaires pour éviter à l'exposition à l'air d'un intestin qui ne demandait qu'à glisser sous les doigts et qui était difficilement coercible, l'éviscération fut réduite par M. le professeur Jeannel au moyen du procédé de la serviette de Kümmel et la paroi suturée en trois plans comme d'habitude.

Un fait à noter, c'est qu'on ne retrouva pas, en refaisant la suture, la moindre trace du catgut employé dans la première intervention. Il devait s'être entièrement résorbé.

Les suites ont heureusement été parfaites, et les sutures laissées douze jours en place ont permis à la réunion de se faire entièrement et définitivement sans trace de suppuration ou d'infection quelconque. La malade a quitté l'hôpital le 29 décembre, parfaitement guérie de sa plaie opératoire.

Obs. XXX. — (Moulonguet).

Fibromes et cancer de l'utérus (1).

Femme de 45 ans, avec un état général paraissant excellent, sachant depuis plusieurs années qu'elle avait une tumeur dans le ventre. Mais l'abondance et la fréquence récente de ses métrorragies l'a décidée à demander nos soins. J'ai fait sans aucune arrière-pensée le diagnostic facile de fibrome utérin et j'ai pratiqué l'hystérectomie abdominale totale.

(1) Gazette médicale de Picardie, 1903, p. 322.

La tumeur a été extraite du ventre par une prise solide sur un fibrome non dégénéré. L'opération était facile et après la section des ligaments larges et des utérines, lorsque la tumeur ne tenait plus que par des insertions vaginales normales, je me suis demandé si j'allais faire une totale ou une sus-vaginale. En cette circonstance, j'ai choisi la totale sans raison bien définie puisque je croyais à du fibrome pur.

La tumeur bosselée et irrégulière présente tous les caractères extérieurs d'un utérus bourré de fibromes interstitiels et sous-péritonéaux.

En l'ouvrant, on s'aperçoit que c'est aussi un utérus cancéreux.

La dégénérescence cancéreuse a envahi la muqueuse utérine, s'infiltre dans les parois et jusque dans les loges des fibromes sous-muqueux dont la coque est encore nette et bien visible. Le col de l'utérus et la partie inférieure de la cavité cervicale sont encore intacts et d'apparence absolument normale.

CONCLUSIONS

1° La coïncidence des fibromes avec le cancer du corps de l'utérus est une complication peu fréquente.

Le fibrome et le cancer ont une origine indépendante et n'ont qu'une légère influence l'un sur l'autre ; il ne paraît pas y avoir de relation bien nette entre les deux néoplasmes.

2° Les corps fibreux sont graves par les accidents qu'ils peuvent provoquer, et non par la prétendue possibilité de pouvoir déterminer la dégénérescence maligne de la muqueuse utérine.

Quand il s'agit simplement de corps fibreux, il ne faut intervenir que s'ils déterminent des accidents graves (compressions, hémorragies).

3° Le moment où l'épithélioma du corps vient compliquer un fibrome est révélé par des symptômes cliniques : si chez une malade atteinte d'un fibrome utérin, il se fait un écoulement fétide et s'il survient des crises douloureuses périodiques, il faut penser à la dégénérescence maligne de la muqueuse utérine.

Le curage explorateur et l'examen microscopique des fragments viendront lever les doutes.

4° Dans le cas de fibromes, l'hystérectomie doit être subtotale : quand il y a coexistence de cancer, elle doit être totale.

Vu : *Le Président de thèse,*
S. POZZI

Vu : *Le Doyen*
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

BOUGLÉ. — Bulletin et mém. soc. anat. de Paris 1900 6. s. p. 514-517.
BIGEARD. — *Th.* de Paris 1899.
BISCH. — *Th.* de Paris, 1902.
BOISSIER. — *Th.* de Montpellier, 1899.
BAMANN. — *Ann.* de Gynécologie et d'Obstétrique 1899.
BECMANN. —Soc. Gyn. de S[t]-Pétersbourg 1898 — in. Ann. gynec. 1899.
BOUILLY. — Soc. anat. de Paris 1895.
CAMELOT. — Sem. Gyn. 1898. — *Journ. sc. méd.* de Lille, 1898.
CITADINI. — Sem. gynec. 1897 p. 183.
CRUVEILHIER. — Traité d'Anatomie pathologique III. p. 693.
CASTAING. — *Echo Méd.* Toulouse 1902 2, s. XVI p. 199-201 *Toulouse méd* 1902, IV p. 79-81.
CAMPBELL. — *Med. Herald* S[t]-Joseph 1902 n. s. XXII p. 233.
CASTAN. — *Toulouse méd.* 1903 v. p. 198-201
CROISIER. — *Ann. Med, chir. du Centre*, Tours 1903 p. 186.
CORNIL et SCHWARTZ. — Soc. anat. 1904 n° 9.
CHAVANNAZ. — Soc. d'Obs. gyn. et piediatrie de Bordeaux, 1899.
DOLERIS. — *Sem. médicale*, 1899.
DORLAND. — The coexistence of carcinoma and fibroma in the corpus uteri (*Phil. méd. Journal*, 1901. VII p. 618-622.
DELOBEL. — *Journal des sc. méd.* de Lille 1901 p. 86.
DIRNER. — Gynaecologie Budapest 1903.
DUMAS. — Bull. ac. de Médecine 1840 p. 285.
DE BOUCAUD. — *Th.* Bordeaux 1898.
EHRENDORFER. — Arch. F. Gynek, Berlin 1892
FLAISCHLEN. — Myom und Corpus carcinom Ztscher. f. geburtsh Gynæk Stuttg. 1901 XLV p. 171-172
FRANCHOMME. — *Jour. des sc.* de Lille 1904 p. 121-129.
FRANCOIS DAINVILLE. — Bul. et mém. soc. anatom. de Paris 1903 p. 915.
FOURNIER. — *Gaz. méd.* de Picardie 1908 XVIII p. 100-101.
GUERMONPREZ.— Documents sur l'hyst. abd. 1896 et Thèse Duval Paris 1892.
GLOCKNER. — Soc. d'Obst. de Leipzig 1904.
HERBERT SPENCER. Obst. Society London 1904.
HAULTAIN. — J. obst. et gynaec. Bri. Emp. London 1904.
JACOBS. — *Revue* de Gynec. et d'obst. 1900 et Bull. soc. belge de Gynec et d'obst. 1904.
JAYLE et BENDER. — Bull. et mém. soc. anat. de Paris 1902.
KRUG. — *Amer. journal of.* obst. 1890.
KRUGER (Herbert). — Konigsberg Pr. Tilsit 1903.
LEWERS. — Obst. Society London 1904.
LINCOLN. — Cléveland M. J. 1903.

LE BEC. — Ann. de Gynécologie 1895.
LAWSON TAIT. — Traité clinique des maladies des femmes 1891.
LAUWERS. — Soc. belge gyn. et Obt. 1897.
LOHLEIN. — Ann. Gyn. 1889 p. 39, Soc. obst. et gyn. Berlin juin 1889.
MASLOWSKY. — *Edimb. med. journal* 1882 XXVII p. 588-594.
MARTIN.— *Normandie Médicale*, 1897 p. 461.
MONTGOMERY. — Therap. Gaz. Détroit 1903 XXI p. 322.
MOULONGUET. — *Gazette Méd.* de Picardie Amiens 1903 XXI p. 322.
POLLOSSON. — Sc. méd. de Lyon (avril 1896).
PICHEVIN. — Sem. gynec. 1900 31 mai 1904.
PAUCHET. — *Gaz. Méd.* de Picardie Amiens 1900 XAIII p. 43-48.
PERRET. — Soc. anatom. de Paris 1828 p. 14 et Thèse de Pichot 1876.
PEAN. — Clin. chirurgic. 1889, VIII p. 1339.
POTHERAT. — Bull. et mém. soc. de chirurgie 1903 p. 381.
ROBERT. — Soc. anat. de Paris 1828 p. 155.
RICARD. — Soc. anat. de Paris, 1898 p. 181.
RICHELOT. — Soc. de chirurgie 15 décembre 1903 et 7 juin 1904.
RICHARDSON. *Boston med. and surgical journ.* 14 janvier 1904
SCHRAMM. — Centr. J. Gyn. 1892
TALE. — Soc. d'Obs. de Londres 16 août 1904.
TESSON. — *Th.* de Paris 1902.
VERSTRAETE. — *Th.* Paris, 1899.
WALTHER. — Bull. soc. de chirurgie 15 Janvier 1902.
WAHRENDORFF. — Inaug diss. Berlin, 1887.
WEISS. — *Revue méd.* de l'Est 1892 p. 751.
